

尾張旭市長 殿

〒

申請者 住所

氏名

続柄 ()

電話

尾張旭市予防接種実施依頼書交付申請書 (B類疾病)

尾張旭市予防接種費用助成金交付要綱第5条の規定に基づき、次のとおり、
 予防接種を受けたいので、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

記

予防接種	<input type="checkbox"/> 高齢者 インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 接種日に65歳以上 <input type="checkbox"/> 接種日に60～64歳の身体障害者手帳1級程度	
	<input type="checkbox"/> 高齢者用肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 接種日に65歳 <input type="checkbox"/> 接種日に60～64歳の身体障害者手帳1級程度	
	<input type="checkbox"/> 新型コロナ ウイルス感染症	<input type="checkbox"/> 接種日に65歳以上 <input type="checkbox"/> 接種日に60～64歳の身体障害者手帳1級程度	
フリガナ		生年月日	大 昭 年 月 日 (満 歳)
被接種者氏名		医療機関 所在地	市 町 村
希望する 医療機関			
住 所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ (※□内にレ点のみで可)		
※住民登録の ある所を記入	〒488- 尾張旭市		
居 所	〒		
※上記の住所と 異なる場合のみ記入	電話		様方
事 由	<input type="checkbox"/> 1 かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 2 長期入院治療 <input type="checkbox"/> 3 高齢者施設入所 <input type="checkbox"/> 4 その他 ()		

※下欄は記入しないでください。

(起案) 令和 年 月 日	(決裁) 令和 年 月 日	(発行) 令和 年 月 日
上記、申請者に対して予防接種依頼書を交付してよろしいか。(伺い)		
課 長	課長補佐	係 長
		確 認 事 項
		<input type="checkbox"/> 住民登録 <input type="checkbox"/> 予防接種台帳 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳等級 <input type="checkbox"/> 生活保護受給