

令和 年 月 日

受付番号

尾張旭市長 殿

〒

申請者 住所  
氏名  
電話

続柄 ( )

愛知県広域予防接種連絡票交付申請書 (B類疾病)

予防接種法に規定する定期予防接種を県内他市町村で受けたいので、愛知県広域予防接種事業に係る運営要領に基づき、下記のとおり申請します。

記

|                             |  |   |                    |
|-----------------------------|--|---|--------------------|
| 予防接種                        | <input type="checkbox"/> 高齢者<br>インフルエンザ  | <input type="checkbox"/> 接種日に65歳以上<br><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<br><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"/> 帯状疱疹<br>希望するワクチン種類に○<br>↓<br>シングリックス・ビケン  | <input type="checkbox"/> 今年度65.70.75.80.85.90.95.100.100歳以上<br><input type="checkbox"/> 接種日に60~64歳の免疫機能障害 (身体障害者手帳1級程度) |                    |
|                             | <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス<br>ウイルス感染症  | <input type="checkbox"/> 接種日に65歳以上<br><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<br>(満 歳) |
| 被接種者氏名                      |  | 医療機関<br>所在地   | 市<br>町<br>村        |
| 希望する<br>医療機関<br>(医師名)       | (医師: )   |   |                    |
| 住 所<br>※住民登録の<br>ある所を記入     | <input type="checkbox"/> 申請者に同じ (※□内にレ点のみで可)<br>〒488-<br>尾張旭市  |   |                    |
| 居 所<br>※上記の住所と<br>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<br><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           |
|                                  |   |               |
| 係                                | 確 認 事 項   |               |
|                                  | <input type="checkbox"/> 住民登録 <input type="checkbox"/> 予防接種台帳<br><input type="checkbox"/> 協力医療機関・医師<br><input type="checkbox"/> 身体障害者手帳等級 <input type="checkbox"/> 生活保護受給 |               |

即日交付・後日交付 ( / 窓口・郵送) [ / 発送]