

記入例

令和 7年 4月 1日

受付番号

尾張旭市長 殿

〒488-0000

申請者 住所 尾張旭市〇〇町〇〇番地

窓口に来られている
本人またはご家族

氏名 旭 花子 続柄 (長女)

電話 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇

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 インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 接種日に65歳以上
	<input checked="" type="checkbox"/> 高齢者用肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 接種日に60~64歳の身体障害者手帳1級程度
	<input checked="" type="checkbox"/> 带状疱疹 希望するワクチン種類に〇 シングリックス・ビケン	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 今年度65.70.75.80.85.90.95.100.100歳以上	
	<input type="checkbox"/> 接種日に	広域予防接種事業に登録されている 医療機関かつ医師であること (正式名称、フルネームで記入)
	<input type="checkbox"/> 接種日に	接種日に60~64歳の身体障害者手帳1級程度
フリガナ	アサヒ タロウ	大
被接種者氏名	旭 太郎	生年月日 昭 35年 4月 2日 (満 65 歳)
希望する 医療機関 (医師名)	〇〇内科クリニック (医師: 〇〇 〇〇)	医療機関 所在地 〇〇〇〇 市
住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ (※〇内にレ点のみで可)	申請者と同じ場合は、〇にチェック (住所は記入不要)
※住民登録の ある所を記入	〒488-0000 尾張旭市 〇〇町〇丁目〇〇番地	施設等に入所中の場合は、 住所・施設名・ 施設の連絡先を記入
居所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 愛知県〇〇〇市〇〇区〇丁目〇〇番地	
※上記の住所と 異なる場合のみ記入	〇〇型老人ホーム〇〇〇〇 電話 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	様方
事由	<input checked="" type="checkbox"/> 1 かかりつけ医	<input type="checkbox"/> 2 長期入院治療
	<input type="checkbox"/> 4 その他 ()	<input type="checkbox"/> 3 高齢者施設入所

※下欄は記入しないでください。

該当する〇にチェック

(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"/> 協力医療機関・医師	<input type="checkbox"/> 生活保護受給	
<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳等級		

即日交付・後日交付 (/ 窓口・郵送) [/ 発送]