受付番号

令和　　年　　月　　日

尾張旭市長 殿　　〒

申請者　住所

氏名　　続柄（　　）

電話

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	□高齢者 インフルエンザ 希望するワクチン種類に○ ↓ 標準量・高用量	□　接種日に**６５**歳以上（標準量の場合） □　接種日に**７５**歳以上（高用量の場合） □　接種日に**６０～６４**歳の身体障害者手帳１級程度
	□高齢者用肺炎球菌	□　接種日に**６５**歳 □　接種日に**６０～６４**歳の身体障害者手帳１級程度
	□帯状疱疹 希望するワクチン種類に○ ↓ シングリックス・ビケン	□　今年度**６５.７０.７５.８０.８５.９０.９５.１００**歳 □　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）
	□新型コロナ ウイルス感染症	□　接種日に**６５**歳以上 □　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			
希望する 医療機関 （医師名）	（医師：　　）	医療機関 所在地	市 町 村
住　所 **※住民登録のある所を記入**	□申請者に同じ（※□内にレ点のみで可） 〒４８８－ 尾張旭市		
居　所 **※上記の住所と異なる場合のみ記入**	〒 様方 電話		
事　由	□１　かかりつけ医　　□２　長期入院治療　　□３　高齢者施設入所 □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	主　幹	課長補佐	係　長	係	確　認　事　項
			補佐兼務		□住民登録　　□予防接種台帳 □協力医療機関・医師 □身体障害者手帳等級　　□生活保護受給

即日交付・後日交付（　　/　　窓口・郵送）〔　　/　　発送〕

即日交付・後日交付（　　/　　窓口・郵送）〔　　/　　発送〕