

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 希望するワクチン種類に○ ↓ 標準量・高用量	<input type="checkbox"/> 接種日に <b>65</b> 歳以上 (標準量の場合) <input type="checkbox"/> 接種日に <b>75</b> 歳以上 (高用量の場合) <input type="checkbox"/> 接種日に <b>60~64</b> 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 <b>65</b> 歳 <input type="checkbox"/> 接種日に <b>60~64</b> 歳の身体障害者手帳1級程度
	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 今年度 <b>65.70.75.80.85.90.95.100</b> 歳 <input type="checkbox"/> 接種日に <b>60~64</b> 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 ウイルス感染症	<input type="checkbox"/> 接種日に <b>65</b> 歳以上 <input type="checkbox"/> 接種日に <b>60~64</b> 歳の身体障害者手帳1級程度
フリガナ		大
被接種者氏名	生年月日	昭 年 月 日 (満 歳)
希望する医療機関	医療機関所在地	市 町 村
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	〒 様方 電話	
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	主 幹	課長補佐
		係 長
		係
		補佐兼務
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		