

受付番号

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	☐ 高齢者 インフルエンザ	☐ 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		
	☐ 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			医療機関 所在地	市 町 村
希望する 医療機関			医療機関 所在地	市 町 村
住 所	☐ 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	〒 4 8 8 - 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 ☐ 身体障害者手帳等級 ☐ 生活保護受給

