

愛知県広域予防接種申請書(高齢者用)

年 月 日

以下の理由により、市指定医療機関以外での予防接種実施を希望します。なお、実施希望医療機関には、事前に接種受入れ可能であることを確認し了解を得ています。

住所 (住民登録のある住所)	〒 ー 日進市	電話番号	ー ー
フリガナ		生年月日	大正 ー 年 ー 月 ー 日 (満 ー 歳)
接種を受ける人の氏名			
費用負担区分	1 一般 2 生活保護 (地域福祉課発行の受給証明書が必要です。)		
申請の理由	1 市外にかかりつけ医がいる 2 長期に入院治療を要し、市指定医療機関で予防接種を受けることが困難なため (滞在予定期間 ー 年 ー 月から ー 年 ー 月まで) 3 施設入所等の理由により、市指定医療機関で予防接種を受けることが困難なため (滞在予定期間 ー 年 ー 月から ー 年 ー 月まで) 4 その他市長が対象と認めた人(疾病等により市外の医療機関で接種が必要な人等)		
滞在先の住所 (該当者のみ)	〒 ー	電話番号	ー ー
入院・入所の理由による場合は必ずご記入ください。	医療機関・施設名	担当者	
接種実施機関	* 予防接種の種類によって、接種実施機関が異なる場合は、接種実施機関ごとに1枚ずつ申請書をご記入ください。		
	所在地		
	医療機関・施設名		
	かかりつけ医師名		
希望する予防接種(希望の種類の□にチェックをしてください。)			
☐ インフルエンザ			
☐ 肺炎球菌(定期) ※「肺炎球菌予防接種予診票兼接種券」が必要です。			
☐ 帯状疱疹(定期)【生ワクチン】 ※「帯状疱疹予防接種予診票兼接種券」が必要です。			
☐ 帯状疱疹(定期)【組換えワクチン】※「帯状疱疹予防接種予診票兼接種券」が必要です。			
☐ 新型コロナウイルス			
私は、有効期限内(申請日が属する年度内)に転出の予定はないこと、転出後に接種した場合は、接種費用が自己負担になること、接種実施機関を変更する場合は、再度申請をすることに同意いたします。			
令和 ー 年 ー 月 ー 日 被接種者自署 _____ (※自署できない場合は、代筆者が被接種者名を記入し、代筆者署名及び被接種者との続柄を記載) (代筆者署名 ー 続柄 ー)			
※送付先について(必ず記入してください)			
☐ 住民登録のある住所へ送付			
☐ 住民登録のある住所以外へ送付(下の欄に記入)			
氏名 ー (続柄: ー)			
住所 〒 ー			
電話番号 ー			

市町村記入欄

NO. 7ー

☐ 台帳確認

受付: _____