見本

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）	〒　470　－ 日進市　岩崎町兼場101-1	電話番号	0561　-　72　- **接種する人の情報を記入**
フリガナ	ニッシン　ケン	生年月日	大正　29　年　10　月　1　日
接種を受ける人の氏名	日進　健		昭和 （満　70　歳）
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　　年　　月から　　年　　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　　年　　月まで） 4　その他市長が対象と認めた人（　　接種が必要な人等） **入院・入所している場合は必ず記入**		
滞在先の住所 （該当者のみ）	〒123－4567 A市B町1-2-3	電話番号	1234　-　56　-　7890
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：C老人保健施設	担当者	健康　保子

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	A市
	医療機関・施設名	Aクリニック
	かかりつけ医師名	保健　守

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

接種を希望する人の氏名を記入。
署名ができない場合は、親族等が代筆可。
その場合は、代筆者が被接種者名を記入し、代筆者の氏名と続柄を（　）内に記入

私は、有効期限内（申請日が属する年度内）に転出の予
担になること、接種実施機関を変更する場合は、再度申

令和　　年　　月　　日　　被接種者自署　日進　健

（※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　日進　健子　　続柄　妻　）

※送付先について（必ず記入してください）

送付先について、必ずレ点を記入。
住民登録のある住所以外を希望する場合は、送付先を記入。

□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　　健康　保子　　（続柄：施設職員）
住所　〒123-4567　A市B町1-2-3　Aクリニック
電話番号　1234-56-7890

市町村記入欄

NO.　7－

□　台帳確認

受付：