

## 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<br>(住民登録のある住所)                                                                            | 〒 ー<br>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<br>昭和 ( 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<br>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<br>(滞在予定期間 ー 年 ー 月から ー 年 ー 月まで)<br>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<br>(滞在予定期間 ー 年 ー 月から ー 年 ー 月まで)<br>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<br>(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。)                                                               |                                                                                                                                                                                                              |  |      |                                |  |
| <input type="checkbox"/> インフルエンザ                                                             |                                                                                                                                                                                                              |  |      |                                |  |
| <input type="checkbox"/> 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。                                   |                                                                                                                                                                                                              |  |      |                                |  |
| <input type="checkbox"/> 帯状疱疹(定期) ※「帯状疱疹予防接種予診票兼接種券」が必要です。                                   |                                                                                                                                                                                                              |  |      |                                |  |
| <input type="checkbox"/> 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<br>( ※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 )<br>(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)                                                                         |                                                                                                                                                                                                              |  |      |                                |  |
| <input type="checkbox"/> 住民登録のある住所へ送付                                                        |                                                                                                                                                                                                              |  |      |                                |  |
| <input type="checkbox"/> 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 ー ー                                                                                   |                                                                                                                                                                                                              |  |      |                                |  |
| 電話番号 ー ー ー ー ー ー                                                                             |                                                                                                                                                                                                              |  |      |                                |  |

市町村記入欄

NO. 7ー

☐ 台帳確認

受付: ー ー ー