

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 - 0770
フリガナ	ニッシン ケン	接種する人の 情報を記入	大正 29 年 10 月 1 日 昭和
接種を受ける人の氏名	日進 健	月日	(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 日から 年 月 日まで) 4 その他市長が対象と認めた人		
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(希望の種類の口にチェックをしてください。)			
<input type="checkbox"/> インフルエンザ			
<input checked="" 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"/> 带状疱疹(定期) ※「带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			
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)			
<input type="checkbox"/> 住民登録のある住所へ送付			
<input checked="" type="checkbox"/> 住民登録のある住所以外へ送付(下の欄に記			
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			
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。			

市町村記入欄

NO. 7-

 台帳確認

受付: _____