

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 - 0131 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	接種を希望する 人の氏名を記入	
接種を受ける人の氏名	日進 健		
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 2018 年 10 月から 年 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)	〒 123 - 4567 A市B町1-2-3	入院・入所をしている場合は、必ず記入	電話番号 123 - 456 - 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	介護老人保健施設 C	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D町10-20-30	接種をする医師の氏名等を記入 (愛知県広域予防接種事業の登録医であること)
	医療機関・施設名	保健クリニック	
	かかりつけ医師名	保健 守	
希望する予防接種(希望の種類の下にチェックをしてください。)			
<input checked="" type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ			
<input type="checkbox"/> 高齢者定期肺炎球菌 ※「高齢者定期肺炎球菌予防接種予診票兼接種券」が必要です。			
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		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。	
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)	
※書類送付先が申請人住所と異なる場合は、以下に記入してください。			
氏名	(続柄:)		
住所 〒	送付先が接種希望者の住所でない場合は必ず記入。(施設等可)		
電話番号			

市町村記入欄

NO.

台帳確認

受付: _____