

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		接種する人の名前を記入 E 27 年 10 月 1 日		
接種を受ける人の氏名	日進 健		(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	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 月から 年 月まで) ④ その他市長が対象と認め (入院・入所している場合は必ず記入) 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		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 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」					
私は、有効期限内(申請日が属する年度内)に転出の予定は、再 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(下の欄に記入)					
氏名 健康 保子 (続柄 施設職員) 住所 〒123-4567 A市B町1-2-3 電話番号 1234-56-7890					
送付先について、必ずし点を記入 住民票のある住所以外の場合は 送付先を記入。					

市町村記入欄

NO. -

台帳確認 受付: _____