

長久手市長殿

## 愛知県広域予防接種申請書（B類疾病）

下記の理由により、市外の医療機関での予防接種実施について申請します。

記

※空白部分にご記入ください。

申請者	ふりがな		被接種者との続柄等	<input type="checkbox"/> 本人
	申請者氏名			<input type="checkbox"/> 家族（ ）
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	<input type="checkbox"/> その他（ ）	
	住所	〒 -		
	電話番号			
被接種者	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ（被接種者欄省略可） 被接種者と申請者が異なる場合は被接種者欄を要記入			
	ふりがな			
	被接種者氏名			
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日		
	住所（住民票の住所）	長久手市		
	電話番号			
	滞在先住所 （施設等に入所中の方のみ）	〒 -		
滞在先電話番号 （施設等に入所中の方のみ）			（施設名等）	
連絡票及び予診票の送付先 ※希望する送付先の□にレ点を入れてください。	<input type="checkbox"/> 申請者氏名・住所に同じ <input type="checkbox"/> 滞在先住所に同じ <input type="checkbox"/> 被接種者氏名・住所に同じ <input type="checkbox"/> 下記の住所に送付 （〒 - 様方）			
希望する予防接種の種類 ※希望する予防接種の□にレ点を入れてください。	<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌（定期のみ申請可。過去に接種歴のある者は不可） <input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ （インフルエンザ接種期間は、10月15日から1月末まで）			
申請理由 ※該当する申請理由の□にレ点を入れてください。	<input type="checkbox"/> 1. かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 2. 長期入院治療 <input type="checkbox"/> 3. 高齢者施設入所 <input type="checkbox"/> 4. その他（ ）			
希望する医療機関	医療機関名（ ）所在地（ ） 接種医師については、接種時において愛知県医師会による愛知県広域予防接種事業協力医師・医療機関名簿に記載された医師とする。			
接種予定日	令和 年 月 日 ・ 未定			

接種歴確認：□電算（ ）