

記入見本

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

（ ）内に
続柄を記入して
ください。

※空白部分にご記入ください。

申請者	ふりがな	ながくて けんこう		被接種者 との続柄等	<input type="checkbox"/> 本人
	申請者氏名	長湫 健康			<input checked="" type="checkbox"/> 家族（子）
	生年月日	大正 昭和 平成 43年 1月 2日			
	住所	〒480-0000 名古屋市天白区元植田 3-〇 〇〇マンション△ 404号			
	電話番号	052-00-0000			
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	ながくて すい			
	被接種者氏名	長湫 スイ			
	生年月日	大正 昭和 17年 1月 3日			
	住所（住民票の住所）	長久手市 岩作城の内 1-101			
	電話番号	0561-00-0000			
	滞在先住所 <small>（施設等に入所中の方のみ）</small>	〒480-1111 名古屋市名東区虹ヶ丘〇-1 <small>（施設名等 老人ホーム 〇〇の里）</small>			
滞在先電話番号 <small>（施設等に入所中の方のみ）</small>	052-000-0000				
送付先 <small>（送付先を指定する送付先の口にレ点を入れてください。）</small>	<input type="checkbox"/> 申請者氏名・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		<input checked="" type="checkbox"/> 滞在先住所に同じ 〒 - 様方		
希望する予防接種の種類 <small>（希望する予防接種の口にレ点を入れてください。）</small>	<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 checked="" type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ <small>（インフルエンザ接種期間は、10月15日から1月末まで）</small>				
理由 <small>（希望する申請理由の口にレ点を入れてください。）</small>	<input type="checkbox"/> 1. かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 2. 長期入院治療 <input checked="" type="checkbox"/> 3. 高齢者施設等入居 <input type="checkbox"/> 4. その他（ ）				
希望する医療機関	医療機関名（〇〇在宅クリニック）所在地（名古屋市緑区） <small>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。</small>				
接種予定日	令和 ●●年 10月 31日 ・ 未定				

該当箇所をチェックしてください