（宛先）長久手市長　　令和　　年　　月　　日

愛知県広域予防接種事業申請書

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。
※空白部分に必要事項を記入してください。

申請者	ふりがな 申請者氏名		被接種者との続柄等	☐本人 ☐家族（　　） ☐その他　（　　）
	住所	〒　　－		
	電話番号	（携帯電話等、日中連絡のつく番号）		
被接種者	ふりがな 被接種者氏名	☐ 申請者氏名に同じ		
	生年月日	大正・昭和　　年　　月　　日		
	住所 （住民票の住所）	長久手市 ☐ 申請者住所に同じ		
	電話番号	☐ 申請者電話番号に同じ		
	☐ 生活保護世帯で、自己負担金免除制度を利用する方はチェックを入れてください。 ※該当する場合は、必ず「生活保護受給証明書」を添付してください。			
	滞在先住所　及び 電話番号 （施設等に入所中のみ）	〒　　－ （施設名等　　） （電話番号　　）		
連絡票及び予診票の送付先	☐　申請者氏名・住所に同じ　　☐　滞在先住所に同じ ☐　被接種者氏名・住所に同じ ☐　下記の住所に送付 （〒　　－　　様方）			
希望する予防接種の種類	☐　高齢者肺炎球菌（定期接種対象者のみ申請可。過去に接種歴のある者は不可。） ☐　帯状疱疹（定期接種対象者のみ申請可。過去に接種歴のある者は不可。） ↳ワクチンの種類を選択してください（必須）。（ シングリックス ・ ビケン ） ☐　インフルエンザ（実施期間：10 月 15 日から 1 月末まで） ↳ワクチンの種類を選択してください（必須）。（標準量・高用量（75 歳以上のみ）） ☐　新型コロナウイルス感染症（実施期間：10 月 15 日から 3 月末まで） ☐　風しん第 5 期（※）			
申請理由	☐1. かかりつけ医　☐2. 長期入院治療　☐3. 高齢者施設等入所 ☐4. その他（　　）			
希望する医療機関	医療機関名（　　）所在地（　　市 区 町 村　）			

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。

※昭和 37 年 4 月 2 日～昭和 54 年 4 月 1 日生まれの男性のうち、令和 7 年 3 月 31 日までに抗体検査を実施し、風しんの抗体が不十分であった方のみ対象です。令和 7 年 4 月 1 日以降に抗体検査を実施した場合は、対象外となります。

【市記入欄】　接種歴確認：☐　電算（　　）　予診票回収（済み・本人破棄・送付なし・返信用封筒同封）