

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。

記

※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	ながくて けんこう	被接種者 との続柄等	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族 (子) <input type="checkbox"/> その他 ()
	申請者氏名	長漱 健康		
	住所	〒468-○○○○ 名古屋市天白区△△△3-○ △△マンション 4○○号		
電話番号	052-000-0000	(携帯電話等、日中連絡のつく番号)		
被接種者	ふりがな	ながくて すい		
	被接種者氏名	長漱 スイ	<input type="checkbox"/> 申請者氏名に同じ	
	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	<input type="checkbox"/> 申請者住所に同じ	
	電話番号	0561-00-0000	<input type="checkbox"/> 申請者電話番号に同じ	
<input type="checkbox"/> 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)	〒468-0000 名古屋市○○区△△△ ××-1 (施設名等 老人ホーム○○の里) (電話番号 052 - 0000 - 0000)			
連絡票及び予診票 の送付先	<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 <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">(様方)</div>			
希望する予防接種の 種類	<input type="checkbox"/> 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。) <input checked="" type="checkbox"/> 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)。 <input checked="" type="checkbox"/> シングリックス ビケン <input type="checkbox"/> インフルエンザ (実施期間: 10月15日から1月末まで) <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症 (実施期間: 10月15日から2月末まで) <input type="checkbox"/> 風しん第5期 (※)			
申請理由	<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.高齢者施設等入所 <input type="checkbox"/> 4.その他 ()			
希望する医療機関	医療機関名 (○○クリニック) 所在地 (名古屋市緑 市 区 町 村)			

※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)