

様式第1号（第5条関係）

## 定期予防接種予診票交付（再交付）申請書

(宛先) 長久手市長

申請者 住所  
氏名  
被接種者との続柄  
電話番号

長久手市定期予防接種（Ｂ類疾病）実施要綱に基づき、次のとおり  
関係書類を添えて予診票の交付（再交付）を申請します。

|             |                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 申請日         | 令和                  年                  月                  日                                                                                                                                                     |
| 被接種者<br>氏名  |                                                                                                                                                                                                                 |
| 生年月日        | 大正・昭和                  年                  月                  日                                                                                                                                                  |
| 住所          | <input type="checkbox"/> 申請者に同じ（記載省略可）<br>長久手市                                                                                                                                                                  |
| 電話番号        |                                                                                                                                                                                                                 |
| 予防接種<br>の種類 | <input type="checkbox"/> インフルエンザ<br><input type="checkbox"/> 高齢者用肺炎球菌<br><input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症<br><input type="checkbox"/> 帯状疱疹<br><input type="checkbox"/> 風しん第５期※                             |
| 申請理由        | <input type="checkbox"/> 60～64歳で心臓、腎臓若しくは呼吸器の機能障害又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害を有する<br>※身体障害者手帳の写しまたは医師の診断書原本を添付<br><input type="checkbox"/> 転入<br><input type="checkbox"/> その他（                                      ） |
| 接種希望医療機関    | <input type="checkbox"/> 長久手市、日進市、豊明市、東郷町の指定医療機関<br><input type="checkbox"/> 愛知県広域予防接種医療機関<br><input type="checkbox"/> その他の医療機関                                                                                 |

※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。