年　　月　　日

（宛先）愛　西　市　長　様

愛知県広域予防接種連絡票交付申請書（Ｂ類疾病）

愛知県広域予防接種事業による予防接種を希望しますので、次のとおり愛知県広域予防接種連絡票の交付を申請します。

被接種者	住　　所	〒　　－　　愛西市		
	ふりがな		生年月日	大正　　年　　月　　日 昭和　　（満　　歳）
	氏　　名			
	電話番号	－　　－　　※日中に繋がる連絡先をご記入ください。		
	申請理由（○で囲む）	１．かかりつけ医　　２．長期入院治療 ３．高齢者施設入所　　４．その他（　　）		
	希望する予防接種（☑をつける）	□高齢者インフルエンザ　・　□高齢者肺炎球菌 **※過去に肺炎球菌ワクチン(ﾆｭｰﾓﾊﾞｯｸｽ)を受けたことがある場合、高齢者肺炎球菌は申請できません。**		
申請者	住　　所	□上記住所に同じ　〒　　－		
	氏　　名	□上記氏名に同じ （被接種者との続柄　　）		
	電話番号	□上記電話番号に同じ －　　－　　※日中に繋がる連絡先をご記入ください。		
接種希望医療機関	名　　称			
	所在市町村	市・郡　　区（名古屋市のみ）		
連絡票送付先（いずれかに☑をつける）※チェック未記入の場合、被接種者住所に送付します。		□被接種者住所 □申請者住所 □滞在先住所（※郵便物が届く住所をご記入ください。） 〒　　－ （　　様方） □窓口で受取（電話連絡：要（　　－　　－　　）・不要） ※本人又は同一世帯の親族以外の方が申請し、住所地以外へ送付希望または窓口受取の場合は、委任状と申請者の本人確認書類のコピーを添付または持参してください。		
連絡事項		①申請後、発行までに２週間程度かかります。 ②転出した場合は無効となるため、転入先で相談・手続きをしてください。 ③年度内に予防接種が終了しない場合は翌年度に再度申請が必要です。 ④連絡票の内容が変更した場合は、再度申請が必要です。		

受付担当	受付番号
	－