

(宛先) 愛 西 市 長

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	〒 ー 愛西市		
	ふりがな		生 年	大正 年 月 日
	氏 名		月 日	昭和 (満 歳)
	電 話 番 号	ー ー ※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)	<input type="checkbox"/> インフルエンザ [<input type="checkbox"/> 標準量 <input type="checkbox"/> 高用量(75歳以上のみ選択可)] <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 帯状疱疹 [<input type="checkbox"/> ビケン <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症 [<input type="checkbox"/> シングリックス(<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目)]			
申 請 者	住 所	<input type="checkbox"/> 上記住所に同じ 〒 ー		
	氏 名	<input type="checkbox"/> 上記氏名に同じ (被接種者との続柄)		
	電 話 番 号	<input type="checkbox"/> 上記電話番号に同じ ー ー ※日中に繋がる連絡先をご記入ください。		
医 接 療 種 機 希 関 望	名 称			
	所在市町村	市・町・村 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。	<input type="checkbox"/> 被接種者住所 <input type="checkbox"/> 申請者住所 <input type="checkbox"/> 滞在先住所 (※郵便物が届く住所をご記入ください。) 〒 ー (様方) <input type="checkbox"/> 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
	ー