

愛知県広域予防接種連絡票交付申請書（B類疾病）

記入例 本人が申請

手続きの流れ

1.希望する医療機関に接種が可能か確認してください。

2.この申請書と「予防接種予診票兼接種券」を安城市保健センターに提出してください。

3.提出後、2週間程度で保健センターから連絡票等が届きます。

4.連絡票等を医療機関に提出し予防接種を受けます。

安城市長

安城市で実施する予防接種を、愛知県広域予防接種事業協力医療機関にて接種することを希望申請します。なお、接種予定の医療機関には、事前に接種を受け入れ可能であることを確認し

消せるペン使用不可
修正液の使用不可

※該当若しくは希望する□に☑を付けてください。

令和 ● 年 ● 月 ● 日

申請者 (手続きする人)	ふりがな 氏名	あんじょう けんたろう 安城 健太郎 (続柄 本人)	
	現住所	〒446 - 0086 安城市桜町18番23号 電話 (0566 - 〇〇 - 〇〇〇〇)	
被接種者 (予防接種を受ける人)	ふりがな 氏名	☑申請者と同じ	
	生年月日	□明治 □大正 ☑昭和 ●●年 4 月 10 日 (65 歳)	
	住民登録のある住所	〒 - ☑申請者と同じ 安城市 電話 (- -)	
予防接種の種類 ※希望するワクチンに☑を付けてください。	□高齢者肺炎球菌 (ニューモバックスNP) ☑インフルエンザ ※インフルエンザの申請期間は、9月下旬～1月初旬		
接種する医療機関	医療機関名：	△△病院 【施設入所の場合】 入所している施設と異なる場合があります。 予防接種を実施する医療機関を記入してください。	
	所在する市町村名：	△△市 電話 (0566 - 〇〇 - 〇〇〇〇)	
申請理由	☑かかりつけ医が市外 □長期入院治療 □高齢者施設入所 □その他 ()		
滞在先	□申請者と同じ □住民登録のある住所 同じでない場合は、記入してください。 〒 - 電話 (- -)		
滞在予定期間	□予定あり (年 月頃まで) □未定		
連絡票等送付先	☑申請者住所 □被接種者住所 □滞在先住所 □窓口交付		

《添付書類》安城市高齢者予防接種予診票兼接種券

□有 □無

<事務処理欄>

受付者：

《問い合わせ・申請書提出先》安城市保健センター（予防接種担当）

〒446-0045 安城市横山町下毛賀知106番地1 電話：0566-76-1133