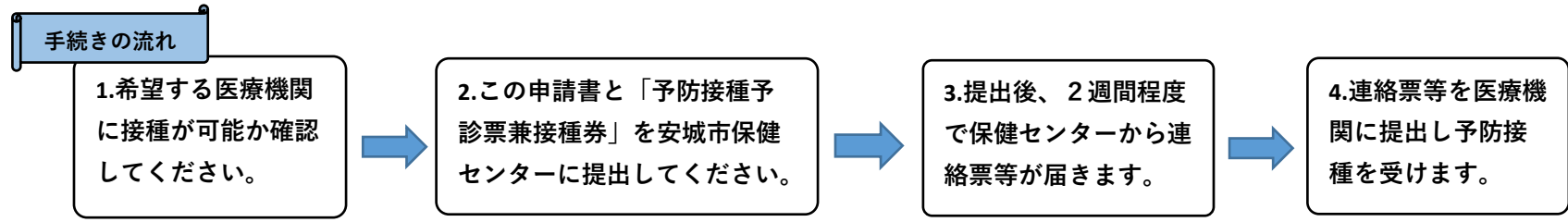


愛知県広域予防接種連絡票交付申請書（B類疾病）



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するため、下記のとおり申請します。

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了解を得ています。

※該当若しくは希望するにレ印を付けてください。

令和 年 月 日

申請者	ふりがな			続柄 ( )
	氏名			
	住所	〒 -	電話 ( - - )	
被接種者 (予防接種を受ける人)	ふりがな			
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日	( 歳)
住民登録のある住所	〒 - 安城市	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 電話 ( - - )		
滞在先 (被接種者住所と同じであれば、記入不要)	〒 -	様方	電話 ( - - )	
滞在予定期間	<input type="checkbox"/> 予定あり ( 年 月頃まで ) <input type="checkbox"/> 未定			
予防接種の種類 ※希望するワクチンに <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください。	<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌			
	<input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ ※申請期間は、9月下旬～1月初旬			
	<input type="checkbox"/> 高齢者新型コロナウイルス感染症 ※申請期間は、9月下旬～2月初旬			
	<input type="checkbox"/> 高齢者带状疱疹 <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>生ワクチン（ビケン）（1回目のみ）</li> <li><input type="checkbox"/>組換えワクチン（シングリックス）：<input type="checkbox"/>1回目 <input type="checkbox"/>2回目</li> </ul>			
接種する医療機関	医療機関名：  所在する市町村名：  電話 ( - - )			
申請理由	<input type="checkbox"/> かかりつけ医が市外 <input type="checkbox"/> 長期入院治療 <input type="checkbox"/> 高齢者施設入所 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
連絡票等送付先	<input type="checkbox"/> 申請者住所 <input type="checkbox"/> 被接種者住所 <input type="checkbox"/> 滞在先住所 <input type="checkbox"/> 窓口交付			

《添付書類》安城市予防接種予診票兼接種券 有 無

※申請は年度ごとに必要です。翌年度に接種予定の分は4月以降に改めて申請してください。

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

【事務処理欄】

受付者：