

定期予防接種他市区町村依頼交付申請書（B類疾病）

安城市長

安城市で実施する予防接種を、他市区町村の医療機関にて接種することを希望するため、次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。 □

※該当し、又は希望する□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	□申請者と同じ。 ※同じでない場合は、記入してください。		
	氏名			
	生年月日	□大正 □昭和 年 月 日 (歳)		
	住民登録のある住所	□申請者と同じ。 ※同じでない場合は、記入してください。 〒 - 安城市		
滞在先 (被接種者住所と同じであれば、記入不要)	住所： 〒 -	医療機関・施設名： 電話 (- -)		
滞在予定期間	□予定あり (年 月頃まで)		□未定	
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			
	□高齢者インフルエンザ			
	□高齢者新型コロナウイルス感染症			
	□高齢者帯状疱疹	□生ワクチン（ビケン）（1回目のみ） □組換えワクチン（シングリックス）：□1回目 □2回目		
接種する医療機関	□滞在先の医療機関と同じ。 同じでない場合は、記入してください。 医療機関名： 所在する市町村名： 電話 (- -)			
申請理由	□長期入院治療 □高齢者施設入所 □在宅医療 □その他 ()			
依頼書等送付先	□申請者住所 □被接種者住所 □滞在先住所 □窓口交付			

《添付書類》 安城市予防接種予診票兼接種券 □有 □無
 法定代理人の資格を証明する書類 □有 □無

《注意事項》

- 必ず予防接種を受ける2週間前までに提出してください。
- 予防接種を受けるには、申請後に市が交付する「予防接種依頼書」が必要です。
- 各医療機関によって自己負担額が異なります。
- 個人負担金の免除を受けられる方は、「個人負担金の決定に関する届出書」を併せて提出してください。

申請者以外の方が手続きをされる場合、ご記入ください。

手続きをされる方の氏名 続柄

住所

連絡先

《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：