

愛知県広域予防接種連絡票交付申請書（B類疾病）

記入例

〔ご記入にあたって〕

消せるペン及び修正テープ等は使用できません。内容の訂正は、二重線で訂正してください。  
3月末までの分が申請できます。翌年4月以降の分は改めて申請してください。

内容を確認の上、  
✓を入れてください。

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 〇 年 〇 月 〇 日

|                                 |                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                      |  |              |
|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------|
| 申請者                             | ふりがな                                                                                                                                                                                           | あんじょう かんたろう                                                                                                          |  | 続柄<br>( 長男 ) |
|                                 | 氏名                                                                                                                                                                                             | 安城 貫太郎                                                                                                               |  |              |
|                                 | 住所                                                                                                                                                                                             | 〒 〇〇〇-〇〇〇〇<br>〇〇県〇〇市〇〇区〇〇丁目〇〇番地<br>〇〇〇〇マンション〇〇号室<br>電話 ( 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 )                                             |  |              |
| 被接種者<br>( 予防接種を受ける人 )           | ふりがな                                                                                                                                                                                           | あんじょう けんこ                                                                                                            |  |              |
|                                 | 氏名                                                                                                                                                                                             | 安城 健子 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ                                                                                |  |              |
|                                 | 生年月日                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 〇〇 年 4 月 2 日 ( 65 歳 ) |  |              |
|                                 | 住民登録のある住所                                                                                                                                                                                      | 〒 446-0045 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ<br>安城市 横山町下毛賀知106番地1<br>電話 ( 0566-76-1133 )                               |  |              |
| 滞在先<br>( 被接種者住所と同じであれば、記入不要 )   | 〒 〇〇〇-〇〇〇〇<br>〇〇市〇〇区〇〇丁目〇〇番地 特別養護老人ホーム〇〇〇〇<br>〇〇 〇〇 様方 電話 ( 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 )                                                                                                                    |                                                                                                                      |  |              |
| 滞在予定期間                          | <input type="checkbox"/> 予定あり ( 年 月頃まで ) <input checked="" type="checkbox"/> 未定                                                                                                                |                                                                                                                      |  |              |
| 予防接種の種類<br>※希望するワクチンに☑を付けてください。 | <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌                                                                                                                                                               |                                                                                                                      |  |              |
|                                 | <input checked="" 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 <div><input type="checkbox"/> 生ワクチン（ビケン）（1回目のみ）<br/><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</div> |                                                                                                                      |  |              |
| 接種する医療機関                        | 医療機関名： 〇〇〇〇病院                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                      |  |              |
|                                 | 所在する市町村名： 〇〇市<br>電話 ( 0123-4567-8910 )                                                                                                                                                         |                                                                                                                      |  |              |
| 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 checked="" type="checkbox"/> 高齢者施設入所<br><input type="checkbox"/> その他 ( )                                             |                                                                                                                      |  |              |
| 連絡票等送付先                         | <input checked="" 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：