

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。

〈ご注意〉

- 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。
- 消せるペンや、修正液は使用できません。

※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	ふりがな 氏名	あんじょう かんたろう 安城 貫太郎	続柄 (長男)
	住所	〒●●●●-●●●● △△県▲▲市○○区●丁目◇◇番地 電話 (●●●●-●●●●-●●●●)	
被接種者 (予防接種を受ける人)	ふりがな 氏名	あんじょう けんこ 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 ● 年 ● 月 ● 日 (●歳)	
	住民登録のある住所	〒●●●●-●●●● 安城市 横山町下毛賀知106番地1 電話 (●●●●-●●●●-●●●●)	
滞在先 (被接種者住所と同じであれば、記入不要)	〒●●●●-●●●● △△県▲▲市○○区●丁目◇◇番地 安城 貫太郎 様方 電話 (●●●●-●●●●-●●●●)		
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 ※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 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 checked="" type="checkbox"/> 高齢者带状疱疹 <input type="checkbox"/> 生ワクチン（ビケン）（1回目のみ） <input checked="" type="checkbox"/> 組換えワクチン（シングリックス）： <input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目		
接種する医療機関	医療機関名： △△病院 所在する市町村名： △△市 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 checked="" type="checkbox"/> 高齢者施設入所 <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		

※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。

<事務処理欄>

《添付書類》安城市予防接種予診票兼接種券

有 無

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