

〈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。

ため、次のとおり申請します。
解を得ています。

令和 ● 年 ● 月 ● 日

申請者	ふりがな 氏名	あんじょう けんこ 安城 健子		成年後見人等の法定代理人が要る場合は、法定代理人の氏名を記入してください。 法定代理人がない場合は、被接種者の氏名を記入してください。	続柄 (本人)
	住所	〒●●●●-●●●● 安城市横山町下毛賀知106番地1			電話 (●●●●-●●●●-●●●●)
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。 ※同じでない場合は、記入してください。			
	生年月日	□明治 □大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和	● 年 ● 月 ● 日	(● 歳)	
	住民登録のある住所	<input checked="" type="checkbox"/> 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:	〒●●●●-●●●● △△県▲▲市○○区●丁目◇◇番地 医療機関・施設名: 特別養護老人ホーム○○○ 電話 (●●●●-●●●●-●●●●)			
滞在予定期間	□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				
	<input type="checkbox"/> 高齢者新型コロナウイルス感染症				
	<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	□滞在している医療機関に同じ。 同じでない場合は、記入してください。 医療機関名: △△病院 所在する市町村名: △△市 電話 (●●●●-●●●●-●●●●)				
申請理由	□長期入院治療 <input checked="" type="checkbox"/> 高齢者施設入所 □在宅医療 □その他 ()				
依頼書等送付先	<input checked="" type="checkbox"/> 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》

- ・申請書は、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。
- ・申請は年度ごとに必要です。翌年度の分は4月以降に改めて申請してください。
- ・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。

《問合せ・申請書提出先》

安城市保健センター（予防接種担当）

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

氏名 安城 貴太郎

続柄 長男

住所 〒●●●●-●●●●
△△県▲▲市○○区●丁目◇◇番地

連絡先 ●●●●-●●●●-●●●●

<事務処理欄>

受付者: