

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依頼し、
なお、接種予定の医療機関には、事前に接種を受けることについて確認し、

記入例

希望する

消せるペン使用不可
修正液の使用不可

します。

※該当し、又は希望する□にを付けてください。

● 年 ● 月 ● 日

申請者 <small>（被接種者又はその法定代理人）</small>	ふりがな 氏名	あんじょう けんたろう 安城 健太郎	続柄 (本人)
	現住所	〒●●●-●●●● 安城市桜町18番23号 電話 (●●●-●●●●-●●●●)	
被接種者 <small>（予防接種を受ける人）</small>	ふりがな 氏名	あんじょう けんたろう 安城 健太郎	<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	<input 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	
予防接種の種類 <small>※希望するワクチンに<input checked="" type="checkbox"/>を付けてください。</small>	<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌（ニューモバックスNP） <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		
接種する医療機関	<input type="checkbox"/> 滞在している医療機関と同じ。 同じでない場合は、記入してください。 医療機関名： △△病院 所在する市町村名： △△市 電話 (●●● - ●●●● - ●●●●)		
申請理由	<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 ()		
滞在先	住所： 〒●●●-●●●● △△市○○町○○番地1 医療機関・施設名： 特別養護老人ホーム○○○ 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		
依頼書等送付先	<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
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
続柄
住所
連絡先

手続きをされる方の氏名等をご記入をお願いします。

<事務処理欄>

受付者：