

定期予防接種他市区町村依頼交付申請書（B類疾病）

他市

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☑を付けてください。 令和 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	続柄 ()
	現住所	〒 - 電話 (- -)
被接種者 <small>（予防接種を受ける人）</small>	ふりがな 氏名	□申請者と同じ。
	生年月日	□明治 □大正 □昭和 年 月 日 (歳)
	現住所	□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
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（ニューモバックスNP） <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	
接種する医療機関	□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： 所在する市町村名： 電話 (- -)	
申請理由	<input type="checkbox"/> 長期入院治療 <input type="checkbox"/> 高齢者施設入所 <input type="checkbox"/> その他 ()	
滞在先	住所： 〒 - 医療機関・施設名： 電話 (- -)	
滞在予定期間	<input type="checkbox"/> 予定あり (年 月頃まで) <input type="checkbox"/> 未定	
依頼書等送付先	<input 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。翌年度の方は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

<事務処理欄>
 受付者：