

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。

年 月 日

申請者 (被接種者又は その法定代理人)	ふりがな 氏名	続柄 ()		
	現住所	〒 - 電話 (- -)		
被接種者 (予防接種を受ける人)	ふりがな 氏名			
	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。	☐高齢者肺炎球菌（ニューモバックスNP）			
	☐インフルエンザ ※インフルエンザの申請期間は9月下旬～1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	☐長期入院治療 ☐高齢者施設入所 ☐その他 ()			
滞在先	住所： 〒 - 医療機関・施設名： 電話 (- -)			
滞在予定期間	☐予定あり (年 月頃まで) ☐未定			
依頼書等送付先	☐申請者住所 ☐被接種者住所 ☐滞在先住所 ☐窓口交付			

《添付書類》安城市高齢者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

<事務処理欄>

受付者：