

知多市長様

愛知県広域予防接種連絡票発行申請書（B類疾病）

愛知県広域予防接種事業による知多市外での予防接種を希望しますので、次のとおり愛知県広域予防接種連絡票の発行を申請します。

被 接 種 者	住 所	〒 -		
	ふりがな		生 年	明治
	氏 名		月 日	大正 年 月 日 昭和 (満 歳)
	電話番号	- -		
	申請理由 (○で囲む)	1. かかりつけ医 2. 長期入院治療 3. 高齢者施設入所 4. その他 ()		
	希望する 定期予防接種 (○で囲む)	高齢者肺炎球菌 ・ 高齢者带状疱疹 (ビケン ・ シングリックス) ※高齢者带状疱疹を申請する場合、ワクチンの種類について、 ビケン・シングリックスどちらかに○をつけてください。		
申 請 者	住 所	<input type="checkbox"/> 上記住所に同じ 〒 -		
	氏 名	<input type="checkbox"/> 上記氏名に同じ (被接種者との続柄)		
	電話番号	<input type="checkbox"/> 上記電話番号に同じ - - ※日中に繋がる連絡先の電話番号をご記入ください。		
医 接 種 機 希 望 関 望	名 称			
	所 在 地			
	電話番号	- -		
	協力機関	<input type="checkbox"/> 愛知県広域予防接種事業の協力医療機関です		
連絡票送付先	<input type="checkbox"/> 被接種者住所と同じ <input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ <input type="checkbox"/> 滞在先住所 (※郵便物が届く住所をご記入ください。) 〒 - (様方)			
自己負担の免除	<input type="checkbox"/> あり (生活保護) <input type="checkbox"/> なし			

《知多市記入欄》

備 考	
-----	--