

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。

注射を受ける方	住所	〒478 - 0017 知多市新知字永井2番地の1		
	ふりがな	ちた たろう	生年	明治
	氏名	知多 太郎	月日	大正 36年4月1日 昭和 (満65歳)
	電話番号	090 - 〇〇〇〇 - ××××		
	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)	①. 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。		
代理の方が申請される場合にご記入ください。	住所	<input type="checkbox"/> 上記住所に同じ 〒 478 - 0001 知多市八幡字〇〇番地		
	氏名	<input type="checkbox"/> 上記氏名に同じ 新知 梅子 (被接種者との続柄 娘)		
	電話番号	<input type="checkbox"/> 上記電話番号に同じ 080 - 〇〇〇〇 - ×××× ※日中に繋がる連絡先の電話番号をご記入ください。		
被接種者の住所地以外に送付する場合にご記入ください。	名称	〇〇内科		
	所在地	常滑市〇〇〇		
	電話番号	0569 - 〇〇 - ××××		
	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 ← 事前に医療機関に確認してください。		
連絡票送付先	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> なし			

《知多市記入欄》

備考	
----	--