第１号様式（第３条関係）その３

年　　月　　日

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	〒４７８　－　００１７ 知多市新知字永井２番地の１		
	ふりがな	ちた　たろう	生年月日	明治 大正　２５年　９月　１日 昭和　（満７６歳）
	氏　　名	知多　太郎		
	電話番号	０９０　－　○○○○　－　××××　　携帯		
	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　・　高齢者帯状疱疹（ビケン　・　シングリックス） ※高齢者帯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	□上記住所に同じ 〒　４７８　－　０００１ 知多市八幡字○○番地		
	氏　　名	□上記氏名に同じ 新知　梅子 （被接種者との続柄　娘　）		
	電話番号	□上記電話番号に同じ ０８０　－　○○○○　－　×××× ※日中に繋がる連絡先の電話番号をご記入ください。		
医療機関希望	名　　称	○○内科		
	所 在 地	常滑市○○○		
	電話番号	０５６９　－　○○　－　××××		
	協力機関	□ 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		☑ 被接種者住所と同じ □ 申請者住所と同じ □ 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		□あり（生活保護）　☑なし		

注射を受ける方

代理の方が申請される場合にご記入ください。

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。

事前に医療機関に確認してください。

《知多市記入欄》

備　　考	