

愛知県広域（B類）予防接種連絡票申請書

年 月 日

武豊町長 殿

〒

申請者 住所

被接種者との続柄

(窓口に来られた方) 氏 名 ()

電話番号 ()

愛知県広域予防接種事業に基づき、連絡票の交付を受けたいので申請します。

被接種者住所	<input type="checkbox"/> 申請者の住所と同じ（住所が申請者と同じ時は <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。）		
	〒 - 武豊町		
ふりがな		生年月日	大正 年 月 日 昭和 (満 歳)
被接種者氏名			
申請理由	該当する番号に○をしてください。(その他の場合、具体的にご記入ください。) 1. 介護施設に入所中の為 2. 医療施設に入院中の為 3. かかりつけ医での接種希望 4. その他()		
希望する予防接種の種類	該当するものに○をしてください。 高齢者肺炎球菌 ・ 高齢者インフルエンザ ※過去に肺炎球菌ワクチン(ニューモバックス)を受けたことがある場合、高齢者肺炎球菌は申請できません。		
希望する医療機関	希望する医療機関で広域予防接種ができることを確認していますか？ はい ・ いいえ ※確認ができていないと、申請できません。		
連絡票送付先	市町村名		医療機関名
	該当する番号に○をしてください。 1. 申請者住所へ送付する 2. 被接種者住所へ送付する 3. その他(滞在先をご記入ください)		
免除資格 (該当する区分があれば、 <input checked="" type="checkbox"/> をしてください)	高齢者肺炎球菌	高齢者インフルエンザ	
	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯	<input type="checkbox"/> 非課税世帯	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯
※この申出により、免除を申請します。なお、該当者等の調査・確認のため、必要な情報を確認されることに同意します。(窓口に来られた方の運転免許証などの本人確認書類をご提示ください)			

※職員記入欄

申請受理年月日	年 月 日	住基確認済	【世帯番号】	
申請者身元 確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他 ()	医療機関確認	未・済	受付者

免除資格に該当がある場合、申請者の本人確認をしてください。肺炎球菌の場合、証明書（ハガキ）を回収してください。