

愛知県広域予防接種実施依頼申請書（B 類疾病）

令和 年 月 日

知立市長 殿

（申請者）

氏名 被接種者との続柄（ 本人・ ）

住所

電話 — —

下記の事由により
予防接種をしたく
申請いたします。

☐ 高齢者用肺炎球菌
☐ インフルエンザ
☐ 新型コロナウイルス感染症
☐ 帯状疱疹【定期】（☐ 生ワクチン・組換え：☐ 1回目 ☐ 2回目）

被接種者	宛名番号	※市記載		
	カナ			
	氏名	(姓) (名) (男・女)		
	生年月日	大正・昭和 年 月 日		
	住所	☐ 申請者と同じ 知立市		
接種 医療機関	市町村名	()市		
	医療機関名			
	所在地			
希望接種 医療機関 依頼理由	該当する番号に○をしてください。 1. かかりつけ医での接種希望のため 2. 医療施設に入院中のため 3. 介護施設に入所中のため（施設名： ）			

事務処理欄（受付者が記入）

減 免	☐ なし	広 域	協力医療 機関	☐ 県内 ※刈谷・高浜市指定医療機関は申請いりません			予 診 票 回 収	☐ 済 ☐ 未 ↓ ☐ 受取時確認	受 付 者	
	☐ あり		協力医療 機関以外	☐ 県内（刈谷・高浜含む） ☐ 県外	償還 案内	☐ 済 ☐ 未				
	申請 No _____									
発行 予定 日	月 日	お 渡 し 方 法	☐ 窓口受取 ☐ 郵送対応⇒ ☐ 返信用封筒 【 ☐ 申請者宛 ☐ 被接種者宛（申請者と同じ含む） ☐ その他 】 その他送付先住所 ()							