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　知立市

電話　　―　　―

下記の事由により ｛□インフルエンザ □肺炎球菌【定期】｝ 予防接種をしたく申請いたします。

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	該当する番号に〇をしてください。 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 □あり 申請 No ＿＿＿＿	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	
			協力医療機関以外	□県内（刈谷・高浜含む） □県外	償還案内	□ 済 □ 未				
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 （　　）							