

愛知県広域予防接種申請書（B類疾病）

令和 年 月 日

新 城 市 長 様

申請者 住所

氏名

被接種者との続柄

電話番号

愛知県広域予防接種事業により新城市以外での予防接種を希望するため、次のとおり申請します。

記

※該当する所に○をつけてください。

被接種者	住所	☐ 申請者と同じ 〒 _____ 新城市 (電話 _____)			
	ふりがな		男	生年 月 日	大正・昭和 年 月 日生 (_____ 歳)
	氏名		女		
申請理由 (※)		新城市以外の市町村にかかりつけ医がいるため			
		長期に入院治療を要し、新城市で予防接種を受けることが困難なため			
		高齢者施設入所のため、新城市以外での予防接種を希望するため			
		その他 (_____)			
希望する 予防接種 (※)		新型コロナ			
		インフルエンザ			
		高齢者肺炎球菌			
		帯状疱疹 ☐ 組換えワクチン ☐ 生ワクチン			
希望市町村 (希望医療機関)	所在地：(_____) 市・町・村				
	医療機関名： *希望する医療機関は愛知県広域予防接種事業協力病院ですか ⇒ はい・いいえ				
連絡票等 送付先 (※)		申請者住所			
		被接種者住所			
		その他 (_____)			

健康課 確認欄
*申請者の本人確認（申請者と被接種者が異なる場合） ☐ 免許証 ☐ マイナンバーカード ☐ その他 (_____)
*添付 ☐ 予診票 *減免確認 ☐ 減免なし ☐ 減免あり（生活保護・非課税世帯）