

(宛 先) 瀬戸市長

申請者 住所  
氏名

## 愛知県広域予防接種連絡票交付申請書（高齢者用）

予防接種法第5条第1項に規定に基づく予防接種を、愛知県内他市町村の医療機関で接種することを希望するため、下記のとおり申請します。

記

被接種者氏名		生年 月日	大正・昭和 年 月 日 (満 歳)
住所		〒 ー 瀬戸市	
(住所 地と 異なる 場合)	滞在 施設名等		
	先 住所	〒 ー	
電話番号			
接種を希望する 医療機関名		接種を希望する 医療機関の所在地	市・町・村
希望する 予防接種	高齢者肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 1回	
	高齢者インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 1回	
	新型コロナ	<input type="checkbox"/> 1回	
事由	<input type="checkbox"/> 1 かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 2 長期入院治療 <input type="checkbox"/> 3 高齢者施設入所 <input type="checkbox"/> 4 その他 ( )		

※申請者と被接種者が同一世帯でない場合は、委任状が必要です。

受付	審査