

愛知県広域予防接種連絡票交付申請書（おとな）

年 月 日

（宛先）瀬戸市長

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。

申請者	氏名		接種を受ける者との続柄	
	現住所	〒		
	電話番号			

被接種者	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		生年月日	年 月 日 (満 歳)	
	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒			
	必要書類送付先 (住所地と異なる場合)	施設名等				
		住所	〒			
	接種を希望する医療機関	医療機関名				
		所在地	市・町・村			
	希望する予防接種	<input type="checkbox"/>	高齢者肺炎球菌			
		<input type="checkbox"/>	帯状疱疹（組換えワクチン：シングリックス）			
		<input type="checkbox"/>	帯状疱疹（生ワクチン：ピケン）			
<input type="checkbox"/>		高齢者インフルエンザ（秋冬のみ）				
<input type="checkbox"/>		新型コロナウイルス感染症（秋冬のみ）				
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。必要書類を送付するまで2週間程度かかります。

受付	審査