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	□申請者と同じ		生年月日	年　　月　　日（満　　歳）
	現住所	□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	□	高齢者肺炎球菌		
		□	帯状疱疹（組換えワクチン：シングリックス）		
		□	帯状疱疹（生ワクチン：ビケン）		
		□	高齢者インフルエンザ（秋冬のみ）		
		□	新型コロナウイルス感染症（秋冬のみ）		
	事由	□１かかりつけ医　□２長期入院治療　□３高齢者施設入所 □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

□ 実費免除の同時申請