

愛知県広域予防接種連絡票交付申請書（おとな）

年 月 日

# 【書き方見本】

記入しないでください

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	瀬戸 太郎	接種を受ける者との続柄	本人
	現住所	〒489-0000 瀬戸市〇〇町〇番地		
	電話番号	080-0000-0000		

被接種者	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	昭和〇年〇月〇日 (満 〇歳)	
	現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒		
	必要書類送付先 (住所と異なる場合)	施設名等		※愛知県広域予防接種協力医療機関であるかご確認いただき、その病院に接種する旨をお伝えください。	
		住所	〒		
	接種を希望する医療機関	医療機関名	〇〇クリニック		
		所在地	〇〇〇〇	(市)・町・村	
	希望する予防接種	<input type="checkbox"/>	高齢者	希望するものにチェックを入れてください。 該当するものにチェックを入れてください。	
		<input type="checkbox"/>	带状疱疹 (組換えワクチン: シングリックス)		
		<input checked="" type="checkbox"/>	带状疱疹 (生ワクチン: ビケン)		
<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 checked="" 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