

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			
	希望する予防接種	<input type="checkbox"/>	高齢者等肺炎球菌感染症		
		<input type="checkbox"/>	带状疱疹（組換えワクチン：シングリックス）		
		<input type="checkbox"/>	带状疱疹（生ワクチン：ビケン）		
		<input type="checkbox"/>	高齢者等インフルエンザ：標準量（秋冬のみ）		
<input type="checkbox"/>		高齢者等インフルエンザ：高用量（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

実費免除の同時申請