

## 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、愛知県内各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 (住所地と異なる場合)	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。		
		<input type="checkbox"/>	带状疱疹（生ワクチン：シングリックス）			
		<input checked="" type="checkbox"/>	带状疱疹（生ワクチン：ピケン）	該当するものにチェックを入れてください。		
		<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 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

実費免除の同時申請