

# 【書き方見本】

令和 年 月 日

(宛先) 瀬戸市長

申請者 住所 瀬戸市川端町1-31  
氏名 瀬戸 太郎

## 愛知県広域予防接種連絡票交付申請書（高齢者用）

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。

記

被接種者氏名	瀬戸 太郎	生年 月日	大正 昭和 △△年 △月 △日 (満 ○○ 歳)
住所	〒 489-0000 瀬戸市 川端町1丁目31番地		
滞在 先 (住所地と異なる場合)	施設名等	長期入院・入所等されている場合はご記入ください。	
	住所	〒	
電話番号	0561-85-5511		
接種を希望する 医療機関名	□□病院	接種を希望する 医療機関の所在地	□□ 市・町・村
希望する 予防接種	高齢者肺炎球菌	<input checked="" type="checkbox"/> 1回	
	高齢者インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 1回	
	新型コロナウイルス感染症	<input type="checkbox"/> 1回	
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。