

愛知県広域予防接種申請書

年 月 日

常滑市長 殿

申請者
住 所

フリガナ
氏 名

(続柄：)
施設名：

生年月日 年 月 日

電話番号

常滑市定期予防接種実施要綱第 10 条第 1 項に基づき、次のとおり広域予防接種の申請をします。また、市担当者が被接種者の住民登録情報及び予防接種履歴情報の確認調査を行うことに同意します。

フリガナ		生年月日	T・S 年 月 日
被接種者氏名		性 別	(満 歳) 男 ・ 女
住所 (申請者と同じ場合は省略可)	常滑市 (電話番号)		
申 請 理 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 ()		
希望医療機関 (※ 2)		希望医療機関 所在市町村	
(希望する予防接種(※ 3)の種類の□にチェックしてください。)	☐ 高齢者用肺炎球菌 (過去に一度でも高齢者肺炎球菌予防接種を接種したことのある方は市の助成を受けて接種することはできません)		
	☐ 高齢者帯状疱疹【ビケン / シングリックス (1 回目・2 回目)】 (過去に接種歴がある方は、医師が認める場合にのみ対象となります。ワクチンの交接種はできません。)		
	☐ 高齢者インフルエンザ		
	☐ 新型コロナウイルス感染症		

※ 1 代筆で記入する場合は、代筆者が申請者となります。
※ 2 広域予防接種協力医療機関に限ります。
※ 3 定期予防接種対象年齢内かつ年度内に接種を受けられるものに限りします。

職員記入欄

住基確認	協力医療機関確認	肺炎球菌・帯状疱疹 接種歴確認		広域用予診票・説明書 配布	連絡票コピー	受付サイン
		聞き取り	健康カルテ			