

愛知県広域予防接種申請書(B類)兼再発行申請書

記入例

令和 8 年 10 月 1 日

東 浦 町 長

申請者は接種する本人
または家族としてください。申請者 住 所 東浦町大字 石浜字岐路 21 番地
氏 名 東浦 花子 (続柄 妻)
電話番号 0562-83-9677東浦町
受付印

下記の状況により、町外で予防接種を受けたいので申請します。また、審査のため、住民基本台帳及び戸籍簿を東浦町長が閲覧することに同意します。

申請理由 (該当する項目に☑をつけてください)	☐ 町外にかかりつけ医がいる ☐ 長期入院治療をし、町内で予防接種が困難 ☒ 高齢者施設等入所 (施設名 東浦老人ホーム 市町村名 東浦町)
接種する 医療機関名	(病院名 東浦クリニック 市町村名 東浦町 医師名 東浦 一郎)
住 所	☒ 同上 東浦町大字 字
電話番号	☒ 同上
接種者氏名	(フリガナ) ヒガシウラ タロウ 東 浦 太 郎 性別(男・女)
生年月日	大正・昭和 36 年 4 月 1 日(満 65 歳)
希望する予防接種 (該当する項目を○で 囲ってください。)	インフルエンザ・新型コロナウイルス・高齢者肺炎球菌 帯状疱疹(ビケン・シングリックス1回目・シングリックス2回目)

再発行申請 (予診票を紛失された方のみ記入してください)

希望する予防接種 (該当する項目を○で 囲ってください。)	インフルエンザ・新型コロナウイルス 帯状疱疹(ビケン・シングリックス)	紛失した(再発行を希望する) 予防接種を○で囲ってください。
申請の理由	☒ 紛失 ☐ その他()	
【確認事項】 ☒ 希望する予防接種が現時点で未接種であることは間違いありません。 ☒ 予診票が見つかった場合は、すみやかに保健センターへ返却または破棄します。 ☒ インフルエンザ・新型コロナウイルスは年度につき1回の助成であること、高齢者肺炎球菌・帯状疱疹は生涯につき1回の助成であることを了承しました。 上記の内容を確認し、申請書に記載した事項に同意いたします。 署名年月日 令和 8 年 10 月 1 日 署名 東 浦 花 子		

【保健センター確認欄】

□定	行申請の 医療機関	申請者の方が ご記入ください。
<再 1点 (写真	転経歴証明書・障害者手帳	()
2点 (2種	給証明書・雇用保険受給資格者証	()
郵	担当()	()

必ず予診票と共に
ご申請下さい。