

愛知県広域予防接種申請書（B類）

記入例

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。

令和6年10月1日

必ず予診票と共に
ご申請ください。

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

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。

記

対象者 (該当する項目に☑をつけてください)	<input type="checkbox"/> 町外にかかりつけ医がいる (病院名) (市町村名) (医師名)
	<input type="checkbox"/> 長期入院治療をし、町内で予防接種が困難 (病院名) (市町村名) (医師名)
<input checked="" type="checkbox"/> 高齢者施設等入所 (施設名 <u>東浦老人ホーム</u>) (市町村名 <u>東浦町</u>) (医師名 <u>東浦 一郎</u>)	<input checked="" type="checkbox"/> 医師名が不明な場合は 空欄でも構いません。
	保健センター記入欄 (病院名) (市町村名)
住所	<input checked="" type="checkbox"/> 同上 東浦町大字 字
電話番号	<input checked="" type="checkbox"/> 同上 — —
接種者氏名	(フリガナ) <u>ヒガシウラ タロウ</u> <u>東 浦 太 郎</u> 性別 (<u>男</u> ・ 女)
生年月日	大正 <u>昭和</u> <u>34</u> 年 <u>4</u> 月 <u>1</u> 日 (満 <u>65</u> 歳)
希望する予防接種 (該当する項目に☑をつけてください)	<input checked="" type="checkbox"/> インフルエンザ
	<input checked="" type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症
	<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌
	帯状疱疹 <input type="checkbox"/> ビケン <input type="checkbox"/> シングリックス1回目 <input type="checkbox"/> シングリックス2回目
<input type="checkbox"/> その他 ()	