

愛知県広域予防接種申請書（B類）

令和 年 月 日

東 浦 町 長

申請者 住 所 東浦町大字  
氏 名 (続柄 )  
電話番号

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<br>(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<br>(病院名 )<br>(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<br>(病院名 )<br>(市町村名 ) (医師名 ) |                                                                                                                |
|                                | <input type="checkbox"/> 高齢者施設等入所<br>(施設名 )<br>(市町村名 ) (医師名 )            |                                                                                                                |
|                                | <input type="checkbox"/> <div>保健センター記入欄</div><br>(病院名 ) 市町村名 )           |                                                                                                                |
| 住 所                            | <input type="checkbox"/> 同上<br>東浦町大字 字                                   |                                                                                                                |
| 電話番号                           | <input type="checkbox"/> 同上<br>— —                                       |                                                                                                                |
| 接種者氏名                          | (フリガナ)<br>性別 ( 男 ・ 女 )                                                   |                                                                                                                |
| 生年月日                           | 大正・昭和<br>年 月 日 (満 歳)                                                     |                                                                                                                |
| 希望する予防接種<br>(該当する項目に☑をつけてください) | <input type="checkbox"/> インフルエンザ                                         |                                                                                                                |
|                                | <input 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<br><input type="checkbox"/> シングリックス 1 回目<br><input type="checkbox"/> シングリックス 2 回目 |
|                                | <input type="checkbox"/> その他 ( )                                         |                                                                                                                |

|                              |             |        |         |
|------------------------------|-------------|--------|---------|
| 発行方法                         | 郵送 / ・ 窓口 / | 予約日時   | 未 ・ / : |
| <input type="checkbox"/> 予診票 | 備考          | 担当 ( ) |         |