

## 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 2 1 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<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 )<br><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 )<br><input checked="" type="checkbox"/> 高齢者施設等入所<br>(施設名 東浦老人ホーム )<br>(市町村名 東浦町 ) (医師名 東浦 一郎 )<br>↳ 保健センター記入欄<br>(病院名 ) 市町村名 ) |
| 住 所                            | <input checked="" type="checkbox"/> 同上<br>東浦町大字 字                                                                                                                                                                                                                           |
| 電話番号                           | <input checked="" type="checkbox"/> 同上<br>— —                                                                                                                                                                                                                               |
| 接種者氏名                          | (フリガナ) ヒガシウラ タロウ<br>東 浦 太 郎 性別 (男・女)                                                                                                                                                                                                                                        |
| 生年月日                           | 大正 昭和<br>34 年 4 月 1 日 (満 65 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 checked="" type="checkbox"/> インフルエンザ<br><input checked="" type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症<br><input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌<br><input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                                     |

医師名が不明な場合は  
空欄でも構いません。

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

担当 ( )