

愛知県広域予防接種申請書(B類)兼再発行申請書

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

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<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><input type="checkbox"/> 長期入院治療をし、町内で予防接種が困難<br><input type="checkbox"/> 高齢者施設等入所<br>(施設名 市町村名 ) |
| 接種する<br>医療機関名                       | (病院名 市町村名 医師名 )                                                                                                                           |
| 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) 性別( 男 ・ 女 )                                                                                                                        |
| 生年月日                                | 大正・昭和 年 月 日(満 歳)                                                                                                                          |
| 希望する予防接種<br>(該当する項目を○で<br>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<br>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<br>(該当する項目を○で<br>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<br>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) |
| 申請の理由                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他( )  |
| 【確認事項】<br><input type="checkbox"/> 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。<br><input type="checkbox"/> 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。<br><input type="checkbox"/> 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。<br>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。<br>署名年月日 年 月 日 署名 |                                                              |

【保健センター確認欄】

|                                      |                                                                                             |                                                      |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 定期対象者確認     | <input type="checkbox"/> 健康かるて履歴確認                                                          | 予診票 有 ・ 無 → <input type="checkbox"/> 再発行申請の記入確認      |
|                                      |                                                                                             | 施設入所 無 ・ 有 → <input type="checkbox"/> 接種医療機関をファイルで確認 |
| <再発行の場合> 申請者の本人確認書類を確認(確認したものに○を付ける) |                                                                                             |                                                      |
| 1点確認<br>(写真付き)                       | マイナンバーカード・運転免許証・パスポート・在留カード・特別永住者証明書・運転経歴証明書・障害者手帳<br>その他( )                                |                                                      |
| 2点確認<br>(2種必要)                       | 健康保険被保険者証・年金手帳・年金証書・介護保険被保険者証・生活保護受給証明書・雇用保険受給資格者証<br>キャッシュカード・預金通帳・クレジットカード・社員証・診察券・その他( ) |                                                      |
| 郵送・窓口 ( / )                          |                                                                                             | 予約日時 未 ・ / : 担当( )                                   |