愛知県広域予防接種申請書

（高齢者予防接種用）

東　郷　町　長　殿

申　請　日　令和　　年　　月　　日

申請者氏名

続　　　柄（　　　　　　　　　　）

下記のとおり愛知県広域予防接種事業による接種を希望します。

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　所 | 東郷町 |
| 電話番号 |  |
| ふりがな |  |
| 被接種者氏名 |  |
| 被接種者  生年月日 | 大正  昭和　　　　　　年　　　　　月　　　　　日（　　　　　歳） |
| 予防接種の種類 | １　高齢者肺炎球菌予防接種予防接種  ２　高齢者インフルエンザ予防接種 |
| 理　　　由 | １　かかりつけ医で接種を希望するため  ２　長期入院治療中のため  ３　高齢者施設に入所のため  ４　その他 |
| 接種予定医療機関 | ・接種協力医であることを確認しましたか（はい・いいえ）  医療機関名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  医療機関の市町村名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 入院・入所先 | （理由２・３に該当し、上記接種予定医療機関と異なる場合に記入） |
| その他 | 生活保護世帯ですか。　いいえ　・　はい  （はいの場合、負担金免除申請書をご記入ください。） |

東郷町健康推進課記入欄　　受　付　日　：令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　連絡票発行日：令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　担　当　者　：