

令和6年度 愛知県広域予防接種事業個別定期予防接種実施申請書（豊明市）

令和 年 月 日

豊明市長

ふりがな  
申請者 氏 名 \_\_\_\_\_  
住 所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

被接種者との続柄 本人 同一世帯員  
その他（ ）

希望する予防接種	<input type="checkbox"/> 肺炎球菌ワクチン <input type="checkbox"/> インフルエンザワクチン		
予 防 接 種 を 受 け る 人	ふりがな	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
		予防接種を受ける人は生活保護世帯ですか？（ いいえ ・ はい ）	
	住民票に登録のある住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒	
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日（ 歳）※申請日時点	
*60-64歳の方の場合のみ当てはまる箇所に○をつけてください。 身体障害者手帳1級程度（ 心臓・腎臓・呼吸器・免疫不全 ）			
電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
書類の郵送先 <small>（上記住所と異なる又は下記医療機関等へ郵送の場合記入）</small>	〒		
接種を希望する 市外医療機関  <small>（必ず希望申請した医療機関で接種してください。医療機関が変更になった場合は再度申請してください。）</small>	医療機関名		
	所 在 地	〒 愛知県	
	電 話 番 号		
	●上記実施希望医療機関は、愛知県広域予防接種事業の接種協力医療機関であることを確認しましたか。		はい・いいえ
●接種協力医療機関及び接種協力医師に、事前に本事業に基づく予防接種を受けたい旨を連絡し、了承を得ています		はい・いいえ	
希望理由 <small>（該当する項目に✓をしてください。）</small>	<input type="checkbox"/> 豊明市以外の県内の市町村にかかりつけ医がいるため 病名（ ） <input type="checkbox"/> 長期に入院加療を要し、豊明市の実施医療機関での予防接種が困難なため 病名（ ） <input type="checkbox"/> 高齢者施設へ入所しており、豊明市の実施医療機関での予防接種が困難なため		

申請に必要なもの：予防接種を受ける人の本人確認書類（郵送申請の場合はコピーを添付）

市内用予診票（高齢者肺炎球菌ワクチンのみ）