令和７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）　高齢者

（　□ 新規　・　□ 変更　）

令和　　年　　月　　日

ふりがな

豊明市長

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（　　　　　）

　愛知県広域予防接種事業による予防接種を希望しますので、以下のとおり愛知県広域予防接種連絡票兼接種済証の発行を申請します。なお、実施医療機関には事前に接種受入れ可能であることを確認し、了解を得ています。

また、自己負担金の額の確定に必要がある場合は、生活保護法に定める被保護者に該当するかについて市担当者が調査することに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （被接種者）　　　　　　予防接種を受ける人 | | ふりがな | | □申請者と同じ | | （左記以外） |
| 氏　名 | | （左記以外） |
| 生活保護世帯該当の有無 | | □無　 □有 | ＊有の場合のみご回答ください。  支給自治体は、□ 豊明市 □ 他市（　　 　　市　 　　　　区） | |
| 生年月日 | | 大正・昭和　　　　　　年　　　　月　　　　日（　　　　　歳）　※申請日時点 | | |
| 住民票記載の住所 | | □申請者と同じ | | (左記以外)〒 |
| **希望ワクチン** | | **□インフルエンザ**  **□新型コロナ**  **□肺炎球菌** | | ＊60-64歳（接種予定日時点）の人で当ては場合に✔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　） | | |
| **□帯状疱疹１回目**  **□ビケン**  **□シングリックス**  **□帯状疱疹２回目** | | ＊60-64歳（接種予定日時点）の人で（注）64歳は昭和36年4月2日以降生まれの人  　当てはまる場合、✔をつけてください。  身体障害者手帳１級程度（ □ 免疫不全　） | | |
| 今回の接種が２回目の場合ご記入ください。  前回接種日（　 　年　 　月 　　日）前回ワクチン名（　　　 　　　 　　　） | | |
| 医療機関  希望する | | ※予防接種の種類・回数により異なる場合は、医療機関ごとに申請書が必要です。 | | 医療機関名 | |  |
| 所在地  市区町村 | | 愛知県  　　　　　　　　　　市・町・村　　　　　　　　区 |
| 理由　申請の | | □豊明市以外の県内の市町村にかかりつけ医がいるため  □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  □高齢者施設等へ入所しており、豊明市の実施医療機関での予防接種が困難なため | | | | |
| 送付先 | □接種者住所  □申請者住所  □その他（右へ記入） | | 〒　　－  （受取人氏名） | | | |

※インフルエンザ・新型コロナを申請された人のみお答えください。

|  |
| --- |
| 令和８年度以降も、上記内容で愛知県広域予防接種連絡票兼接種済証の発行と送付を希望しますか。  　（　□ はい　・　□ いいえ　　）  ※希望者へは、翌年度以降は毎年１０月頃に自動的に上記送付先住所に送付されます。この取扱いが変更になる場合は、毎年、広報とよあけの９月・１０月号でお知らせしますので、お手数ですが、毎年の広報をご確認ください。 |

Ｒ７．４版

※職員確認欄

|  |
| --- |
| □ 実施医療機関には、事前に接種受入れ可能であることを確認し、了解を得ている。  □ 帯状疱疹を希望され64歳の場合、定期に該当していれば疾患については記入しなくてよい。  □ 医療機関が確実に希望するワクチンの広域事業に登録されている。（確認して赤✓）  □ 申請内容に変更が生じた際は、再度申請が必要であることを伝える。  □ 継続して広域連絡票兼接種済証を希望される方へ、毎年９月１０月の広報を確認するよう説明した。  □ 肺炎球菌の予診票の期限について伝えた。（該当者のみ）  □ 不要となった市内用の予診票（高齢者肺炎球菌もしくは帯状疱疹）を回収し、お持ちでなければ破棄を依頼する。  □ 帯状疱疹の予診票および連絡票を送付する際、シングリックス２回目の場合は１枚のみ送付とする。 |