

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（ ）

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な場合は、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。

予（被接種を受ける人）	ふりがな	(左記以外)	
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	(左記以外)
	生活保護世帯該当の有無	<input type="checkbox"/> 無 *有の場合のみご回答ください。 <input type="checkbox"/> 有 支給自治体は、 <input type="checkbox"/> 豊明市 <input type="checkbox"/> 他市（ 市 区）	
	生年月日	大正・昭和 年 月 日（ 歳） ※申請日時点	
希望ワクチン	住民票記載の住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	(左記以外) 〒
	<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 新型コロナ <input type="checkbox"/> 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（ <input type="checkbox"/> 心臓・ <input type="checkbox"/> 腎臓・ <input type="checkbox"/> 呼吸器・ <input type="checkbox"/> 免疫不全 ）	
	<input type="checkbox"/> 帯状疱疹1回目 <input type="checkbox"/> ビケン <input type="checkbox"/> シングリックス	*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（ <input type="checkbox"/> 免疫不全 ）	
	<input type="checkbox"/> 帯状疱疹2回目	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（ ）	
希望する医療機関	※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
送付先	<input type="checkbox"/> 接種者住所 <input type="checkbox"/> 申請者住所 <input type="checkbox"/> その他（右へ記入）	〒 -	(受取人氏名)
申請理由	<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 <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 <input type="checkbox"/> 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		
	<input type="checkbox"/> 再発行（ <input type="checkbox"/> 申請内容変更・ <input type="checkbox"/> 紛失、破損・ <input type="checkbox"/> 郵便不着・ <input type="checkbox"/> 予診のみ・ <input type="checkbox"/> その他（ ））		

※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。（生活保護受給者は現況確認が必要なため除く）

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。