

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）

豊明市長

令和 年 月 日

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	☐ 申請者と同じ	(左記以外)
	生活保護世帯該当の有無	☐ 無 *有の場合のみご回答ください。 ☐ 有 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	
希望ワクチン	住民票記載の住所	☐ 申請者と同じ	(左記以外) 〒
	☐ 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	*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）	
	☐ 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（ ）	
希望医療機関	※予防接種の種類・回数により異なる場合は、 <u>医療機関ごとに申請書が必要です。</u>	医療機関名	
		所在地 市区町村	愛知県 市・町・村 区
申請理由	☐ 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。

※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。
- ☐ 带状疱疹を希望され 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带状疱疹）を回収し、お持ちでなければ破棄を依頼する。
- ☐ 带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。