

（ 新規 ・ 再発行 ・ 変更 ※太枠内は変更箇所のみ
ご記入ください。）

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（ ）

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 防 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"/> 標準量 <input type="checkbox"/> 高用量 75歳以上のみ	*60-64歳（接種予定日時点）の人は、確認し該当に✓してください。 （ <input type="checkbox"/> 心臓・ <input type="checkbox"/> 腎臓・ <input type="checkbox"/> 呼吸器）の機能に自己の身の日常生活を極度に制限される程度の障害がある。	
	<input type="checkbox"/> 新型コロナ <input type="checkbox"/> 肺炎球菌	（ <input type="checkbox"/> 免疫不全）ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害がある。	
	<input type="checkbox"/> 帯状疱疹 <input type="checkbox"/> ビケン	*60-64歳（接種予定日時点）の人は、確認し✓してください。 (注) 64歳は昭和37年4月2日以降生まれの人 （ <input type="checkbox"/> 免疫不全）ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害がある。	
希 望 医 療 機 関	<input type="checkbox"/> シングリックス 1回目 <input type="checkbox"/> シングリックス 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（ ）	
	※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	
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）	所在地	愛知県
		市区町村	市・町・村 区
申 理 請 由	<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）
		<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	

※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9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、ホームページもしくは広報とよあけの9月号でお知らせします。ご確認ください。