

西尾市定期接種(市外接種)依頼申請書(B類疾病)

高齢者肺炎球菌・インフルエンザ・新型コロナウイルス予防接種

(宛先)西尾市長

西尾市高齢者肺炎球菌・インフルエンザ・新型コロナウイルス定期予防接種(市外接種)を依頼します。

予防接種を市外接種依頼するにあたり、申請内容の確認調査を行うことに同意します。

なお、今回の申請で市外接種を行った場合、西尾市内で重複接種をしません。

太枠の①～⑦(※⑥、⑦は必要な方のみ)をご記入ください。

①令和 年 月 日

②被接種者 (予防接種を受ける人)	ふりがな						
	氏名						
	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日	(歳)
	住民登録のある住所	〒	-				
	西尾市						
	電話(-	-)			
世帯区分	<input type="checkbox"/> 一般世帯	<input type="checkbox"/> 非課税世帯	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯				

③申請理由	<input type="checkbox"/> かかりつけ医が市外	<input type="checkbox"/> 長期入院治療	<input type="checkbox"/> 高齢者施設入所
	<input type="checkbox"/> その他()		

④接種する医療機関	医療機関名 :	電話(-	-)
	所在する市町村名 :	愛知県・県外()	市・町・村		
	医療機関等は受け入れ可能か :	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		

⑤予防接種の種類	<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌(ニューモバックスNP)	<input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ
	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス	

※⑥連絡票等送付先	※上記の住民登録のある住所と違う場合は、記入してください。					
	〒	-				
	(住所)					
	(あて先)	電話(- -)				

※⑦申請者 (手続きに来た人)	※上記の被接種者と違う場合は、記入してください。					
	ふりがな					
	氏名					続柄()
						電話(- -)

市処理欄	予診票の回収(広域対象のみ)	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 紛失	受付印	
	高齢者肺炎球菌予防接種を希望される場合				
	高齢者(23価)肺炎球菌予防接種を今まで接種したことがあるか	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> ない		
	「あり」の場合は定期対象者ではありません。				
	<input type="checkbox"/> 広域連絡票	<input type="checkbox"/> 還付案内			
	連絡票作成日(/)	連絡票発送日(/)			