

# 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

**記入例**

(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	にしお 西尾	じろう 次郎
	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和	●●年 4月 10日 (65歳)
	住民登録のある住所	〒444-●●●● 西尾市 寄住町下田22番地 電話(090-●●●●-1234)	
	世帯区分	<input checked="" 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 checked="" 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 : △△病院 電話(052-●●●-●●●●) 所在する市町村名 : 愛知県・県外( ) 名古屋市市・町・村 医療機関等は受け入れ可能か : <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
-----------	--

⑤予防接種の種類	<input checked="" 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( / )	