

【定期】西尾市高齢者肺炎球菌・インフルエンザ予防接種(市外接種)依頼申請書

(宛先)西尾市長

記入例

西尾市高齢者肺炎球菌・インフルエンザ定期予防接種(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。

※該当もしくは希望する□に☑を付けてください。

令和 ● 年 ● 月 ● 日

申請者 (手続きに来た人)	ふりがな	にしお じろう	
	氏名	西尾 二郎	続柄 (長男)
	現住所	〒 445 - ●●●● 西尾市寄住町下田22番地 電話(090 - ●●●● - ●●●●)	
被接種者 (予防接種を受ける人)	ふりがな	にしお たろう	
	氏名	西尾 太郎	☐申請者と同じ
	生年月日	☐明治 ☐大正 ☑昭和 ●● 年 4 月 10 日 (80 歳)	
	住民登録のある住所	〒 445 - 0071 ☑申請者と同じ 西尾市 熊味町小松島32番地 電話(0563 - 57 - 0661)	
予防接種の種類 ※希望するワクチン に☑を付けてください。	<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌(ニューモバックスNP) <input checked="" type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ		
接種する医療機関	医療機関名 : △△病院 所在する市町村名 : 愛知県 △△市・町 医療機関等は受け入れ可能か : ☑はい ☐いいえ		
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 checked="" type="checkbox"/> 高齢者施設入所 <input type="checkbox"/> その他()		
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		
滞在先	<input type="checkbox"/> 申請書と同じ <input type="checkbox"/> 住民登録のある住所 同じでない場合は、記入してください。 〒 123 - ●●●● △△市○○町○○番地1 施設名 特別養護老人ホーム○○○ 電話(0123 - ●● - ●●●●)		
連絡票等送付先	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者住所 <input type="checkbox"/> 被接種者住所 <input type="checkbox"/> 滞在先住所		
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		
	高齢者肺炎球菌予防接種を希望される場合 高齢者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 (/)		

【施設入所の場合】
 入所している施設と異なる場合があります。
 予防接種を実施する医療機関を記入してください。