

【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

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 | | | |
| | 氏名 | 続柄 () | | |
| | 現住所 | 〒 - | 電話(- -) | |
| 被接種者 (予防接種を受ける人) | ふりがな | | | |
| | 氏名 | ☐申請者と同じ | | |
| | 生年月日 | ☐明治 ☐大正 ☐昭和 | 年 月 日 (歳) | |
| 住民登録のある住所 | 〒 - | ☐申請者と同じ | | |
| | 西尾市 | 電話(- -) | | |
| 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 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 : | 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 type="checkbox"/> 高齢者施設入所 <input type="checkbox"/> その他() | | | |
| 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 | | | |
| 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。 〒 - 施設名 電話(- -) | | | |
| 連絡票等送付先 | <input 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 (/) | |