≪市外接種用≫

【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

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（　本人　）
	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	
	氏　名	☑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	〒　－　☑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。		□　高齢者肺炎球菌（ニューモバックスNP） ☑　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		☑かかりつけ医が市外　□長期入院治療　□高齢者施設入所 □その他（　）
世帯区分		□一般世帯　□非課税世帯　□生活保護世帯
滞在先		□申請書と同じ　□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		□申請者住所　□被接種者住所　□滞在先住所

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