

【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	〒 - 西尾市	☐申請者と同じ 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 : <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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			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 <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 ( / )	