

西尾市 市外接種依頼申請書（B類疾病）

(宛先)西尾市長

西尾市定期接種(B類疾病)の市外接種を依頼します。  
予防接種を市外の医療機関に依頼するにあたり、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。

記入例)ご本人

太枠の①～⑥(⑦は必要な方のみ)をご記入ください。

①令和 ●年 4月 20日

|                      |           |                                                                |  |  |
|----------------------|-----------|----------------------------------------------------------------|--|--|
| ②被接種者<br>(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                                                          |  |  |
|                      | 生年月日      | □大正 □昭和 ●●年 4月 10日 ( 65歳)                                      |  |  |
|                      | 住民登録のある住所 | 〒 445 - 0071<br>西尾市 熊味町小松島32番地<br><br>電話番号( 0563 - 57 - 0661 ) |  |  |
|                      | 世帯区分      | ☑一般世帯 □非課税世帯 □生活保護世帯                                           |  |  |

|       |                             |
|-------|-----------------------------|
| ③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( )                     |

|         |                                     |
|---------|-------------------------------------|
| ④接種医療機関 | 医療機関名 ●●病院 電話番号( ●●● - ●●● - ●●●● ) |
|         | 所在する市町村名 :愛知県 ●●● 市・町・村、県外( )       |

|         |                                                       |
|---------|-------------------------------------------------------|
| ⑤予防接種種類 | □ 高齢者インフルエンザ □ 新型コロナウイルス                              |
|         | ☑ 高齢者肺炎球菌「ニューモバックスNP)」                                |
|         | □ 带状疱疹 どちらか印をつけてください➡ □ 生ワクチン「ビケン」 □ 組換えワクチン「シングリックス」 |

|                   |                                |
|-------------------|--------------------------------|
| ⑥申請者<br>(窓口にもえた方) | ☑ 被接種者本人                       |
|                   | □ 被接種者以外(氏名等を記入してください)         |
|                   | ふりがな 続柄 電話番号<br>氏名 ( ) ( - - ) |

|          |                                  |
|----------|----------------------------------|
| ※⑦連絡票送付先 | ※住所と異なる場所への送付を希望される場合のみ記入してください。 |
|          | 〒 -<br>(住 所)                     |
|          | (あて先) 電話番号( - - )                |

|                            |                                                           |     |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------|-----|
| 市処理欄                       | 予診票の回収 □インフル □コロナ □肺炎球菌 □带状疱疹 □紛失                         | 受付印 |
|                            | 希望受取方法 □ 郵送 □ 窓口 希望日( / 午前・午後 )                           |     |
|                            | 高齢者肺炎球菌予防接種を希望される場合                                       |     |
|                            | 23価肺炎球菌ワクチンを今まで接種したことがあるか □ ない □ ある(定期接種対象外)              |     |
|                            | 带状疱疹を希望される場合                                              |     |
|                            | 带状疱疹ワクチン(「ビケン」または「シングリックス」)を接種したことがあるか □ ない □ ある(定期接種対象外) |     |
|                            | 送付内容 □広域連絡票 □還付案内(広域対象外医療機関)                              |     |
| 連絡票等作成日 ( / )              | ( / )                                                     |     |
| 連絡票等受渡し ( / )発送 ( / )窓口BOX |                                                           |     |