

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。

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 月 日

②被接種者 (予防接種を受ける人)	ふりがな			
	氏名			
	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 (歳)		
	住民登録のある住所	〒 - - 西尾市 電話番号(- -)		
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			

③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()
-------	---

④接種医療機関	医療機関名	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	<input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌「プレベナー20」 <input type="checkbox"/> 帯状疱疹 どちらか印をつけてください → <input type="checkbox"/> 生ワクチン「ビケン」 <input type="checkbox"/> 組換えワクチン「シングリックス」
---------	---

⑥申請者 (窓口のみえた方)	<input type="checkbox"/> 被接種者本人		
	<input type="checkbox"/> 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
	氏名 () (- -)		

※⑦連絡票送付先	※住所地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。 〒 - - (住所) (あて先) 電話番号(- -)
----------	---

市処理欄	予診票の回収 <input type="checkbox"/> インフル <input type="checkbox"/> コロナ <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 帯状疱疹 <input type="checkbox"/> 紛失 希望受取方法 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 窓口 希望日(/ 午前・午後)	受付印
	帯状疱疹を希望される場合 帯状疱疹ワクチン(「ビケン」または「シングリックス」)を接種したことがあるか <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(定期接種対象外)	
	送付内容	<input type="checkbox"/> 広域連絡票 <input type="checkbox"/> 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	