愛知県広域予防接種連絡票交付申出書(B類疾病)

令和　　年　　月　　日

(宛先)春日井市長　　〒

住　所

申出者　ふりがな　　続柄・関係

氏　名　　(　　)

※接種対象者と住所が異なる場合は身分証明書の写しを添付してください。

電話番号

次のとおり市外での接種を希望しますので、愛知県広域予防接種連絡票の交付について申し出ます。

接種対象者	氏　名	1　申出者と同じ 2　申出者以外(ふりがな　　)	性別	男・女
	生年月日	大正 昭和　　年　　月　　日　(　　歳)		
	(住民票の)住　所	1　申出者と同じ 2　その他(〒 春日井市　　)		
連絡のとれる電話番号		1　申出者と同じ　　2　申出者以外(　　(続柄・関係))		
希望する予防接種名 ・希望する予防接種にチェックしてください。		□　帯状疱疹　(　シングリックス　□1回目　□2回目　) □　帯状疱疹　(　ビケン　) □　高齢者肺炎球菌 □　高齢者インフルエンザ □　新型コロナワクチン		
接種医療機関名			市・町・村 区	
交付理由		1　かかりつけ医がいるため　　3　高齢者施設等に入所しているため (施設名　　) 2　長期入院のため　　4　その他(　　)		
生活保護受給		1　無　　2　有		
連絡票受取り方法		1　郵送　　2　窓口		
郵送先		※郵送希望の方のみご記入ください。 1　申出者と同じ　　2　接種対象者と同じ 3　その他(〒 (　　様方))		
接種の予約日		1　有(　/　)　2　無	備考	

※市記入欄

決裁欄	課長	課長補佐	主査	担当者

【連絡票の交付】
□ 郵送(　/　)
□ 窓口(　/　)
　└□ 本人確認
□ 交付日入力

【添付書類】
□ 障害者手帳等
□ 生保受給関係

【電話受付日】
(　/　)

【受付者】
(　　)

※課長決裁欄の押印は、公印管守者による審査押印を兼ねています。