

# 記入例 広域 (高齢者)

## 高齢者用予防接種連絡票・依頼書交付申請書

令和 年 月 日

- \* ボールペンで太枠内を記入してください。  
(鉛筆・消えるボールペンは使用不可)
- \* 修正箇所は二重線で訂正してください。

住所	〒441-8539 豊橋市中野町字中原 100 番地		
フリガナ 申請者氏名	トヨハシ タロウ 豊橋 太郎		
続柄	子	電話	(0532) 39-9109
本人又は家族以外 の方が代筆の場合	代筆者氏名		
	本人との続柄	電話( )	-

本人又は家族の方の  
承諾を得て代筆してく  
ださい。

☞代筆の場合でも  
本人名義もしくは  
家族名義で申請し  
てください。  
(本人又は家族以外で代  
筆する方は、氏名等を記  
入してください。)

☞続柄  
○本人・家族  
×施設長・ケアマ  
ネージャー

予防接種の種類	<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input checked="" type="checkbox"/> 肺炎球菌		
被接種者 (予防接種を 受ける方)	住所	〒 - 申請者と違う場合のみ記入	
	フリガナ	トヨハシ ハナコ	
	氏名	豊橋 花子	
	生年月日	明治・大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 29年4月2日生 (満〇〇歳)	
接種の本人意思	<input checked="" type="checkbox"/> 確認できる <input type="checkbox"/> 確認できない		
過去の接種 (肺炎球菌の場合)	<input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
接種費用 (予診票に記載)	<input checked="" type="checkbox"/> 有料 (自己負担額 インフル 1,500 円・肺炎 2,000 円) <input type="checkbox"/> 無料		
実施医療機関で 接種できない理由	<input type="checkbox"/> 実施医療機関以外にかかりつけ医がいる <input type="checkbox"/> 医療機関に長期入院中 <input checked="" type="checkbox"/> 高齢者施設に入所中 <input type="checkbox"/> その他 (理由を記入ください。 )		
接種医療機関名	〇〇医院 (名古屋市 中 区)		
滞在先 (住民票の住所以外 に滞っている場合)	住所	〒123-4567 名古屋市中区〇〇番地〇	
	入院医療機関 入所施設名 等	特別養護老人ホーム 〇〇荘	
	電話番号	(052) 123-4567	
連絡票・依頼書の 受取手段	<input type="checkbox"/> 保健所で受取 <input checked="" type="checkbox"/> 郵送 (送付先: <input type="checkbox"/> 申請者の住所 <input type="checkbox"/> 被接種者の住所 <input checked="" type="checkbox"/> 上記滞在先) *返信用封筒が必要 →送付先が施設や病院の場合、書類が届くことについて了承を得ていますか? <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		

☞連絡がつく  
電話番号

☞接種の意思が  
確認できない場  
合、申請不可。

☞肺炎球菌の接  
種は生涯 1 回で  
す。過去の接種が  
ある場合、申請不  
可。

☞返信用封筒に  
切手 (料金不足に  
注意) を貼り、送  
付先を記入して  
ください。  
【送付書類の重量】  
約 14g  
84 円切手 貼付  
(定形郵便の場合)

### 提出前のチェックリスト

- 予防接種を希望する医療機関が愛知県広域予防接種事業の協力機関であるか確認の上、医療機関へ連絡し、受け入れ可能か確認しましたか。
- 太枠内はすべて記入しましたか。
- 訂正がある場合、二重線で訂正しましたか。(修正テープ・修正ペンの使用はできません。)