

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。

続柄 <input type="radio"/> 本人・家族 <input checked="" type="radio"/> 施設長 <input checked="" type="radio"/> ケアマネージャー	住所	〒441-8539 豊橋市中野町字中原 100 番地		
	フリガナ	トヨハシ タロウ		
	申請者氏名	豊橋 太郎		
	続柄	子	電話	(0532) 39-9109
本人又は家族の方の 承諾を得て代筆して ください。	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	例) ○○施設 職員	電話() -

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。)

連絡がとれる
電話番号を記入

予防接種の種類	<input checked="" type="checkbox"/> シンプルエンザ <input checked="" type="checkbox"/> 新型コロナ <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 带状疱疹		
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	大正 昭和 29年4月2日生 (満○○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 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 <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 (その他の場合、理由を記入ください)		
接種医療機関名	○○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○○番地○	
	入院医療機関 入所施設名 等	特別養護老人ホーム ○○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		

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。

受取方法が郵送
返信用封筒に切手
を貼り、送付先を
記入してください。
【送付書類の重量】
約 28g
110 円切手 貼付
(定形郵便の場合)
※料金不足に注意
ください。

- ### 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。)