

愛知県広域予防接種連絡票及び予診票発行申請書

年 月 日

大口町長 鈴木 雅博 様

(申請者) 住 所

氏 名

被接種者との続柄

電話番号 ( ) —

このことについて、愛知県広域予防接種事業に係る予防接種を下記の医療機関で  
受けたいので申請します。

記

|              |                                                       |                                        |
|--------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 被接種者         | 住所                                                    | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ<br>大口町 |
|              | ふりがな<br>氏名                                            | (男・女)                                  |
| 生年月日         | 大正・昭和 年 月 日生まれ                                        |                                        |
| 電話番号         | ( ) —                                                 |                                        |
| 接種理由         | 1. かかりつけ医 2. 長期入院治療<br>3. 高齢者施設入所 4. その他 ( )          |                                        |
| 希望する<br>市町村  | ( ) 市・町・村                                             |                                        |
| 希望する<br>医療機関 |                                                       |                                        |
| 予防接種<br>の種類  | <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌                      |                                        |
|              | <input type="checkbox"/> 带状疱疹乾燥弱毒生水痘ワクチン「ビケン」         |                                        |
|              | <input type="checkbox"/> 带状疱疹不活化ワクチンシングリックス (1回目 2回目) |                                        |
|              | <input type="checkbox"/> インフルエンザ                      |                                        |
|              | <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症                 |                                        |

※大口町の予診票は申請時、必ず健康課へ提出してください。

＊職員記入欄

|                 |                                 |                                              |
|-----------------|---------------------------------|----------------------------------------------|
| 医療機関は愛知県広域予防接種に | <input type="checkbox"/> 対応している | <input type="checkbox"/> 対応していない →接種不可       |
| 自己負担金           | <input type="checkbox"/> あり     | <input type="checkbox"/> なし →一部負担金免除申請書の記入へ  |
| 大口町の予診票         | <input type="checkbox"/> 回収済    | <input type="checkbox"/> 未回収 →回収後広域予診票・連絡票発行 |