

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	☐ 申請者と同じ 大口町
	ふりがな 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 3. 高齢者施設入所 4. その他 ()	
希望する市町村	() 市・町・村	
希望する医療機関		
予防接種の種類	☐ 高齢者肺炎球菌	
	☐ 带状疱疹乾燥弱毒生水痘ワクチン「ビケン」	
	☐ 带状疱疹不活化ワクチンシングリックス (1回目 2回目)	
	☐ インフルエンザ	
	☐ 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	☐ 対応している	☐ 対応していない →接種不可
自己負担金	☐ あり	☐ なし →一部負担金免除申請書の記入へ
大口町の予診票	☐ 回収済	☐ 未回収 →回収後広域予診票・連絡票発行