愛知県広域予防接種連絡票交付申請書（B類疾病）

大府市長殿　　令和　　年　　月　　日

申請者　住所
氏名
電話番号

愛知県広域予防接種事業による大府市外での予防接種を希望しますので、次のとおり愛知県広域予防接種連絡票の発行を申請します。　**※太枠内をご記入ください。**

希望する予防接種（☑を入れてください。）	□高齢者インフルエンザ　□高齢者肺炎球菌		
被接種者	住　所	〒　　－ 大府市	TEL:
	フリガナ		
	氏　名		
	生年月日	明治・大正・昭和　　年　　月　　日　（ 満　　歳 ）	
申請理由	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（　　）		
接種希望医療機関	医療機関名称		□医療機関に受け入れを確認しました。（確認のうえ☑を入れてください。）
	接種医		
	所 在 地	市・区・町・村	TEL:
連絡票送付先	□申請者住所 □被接種者住所 □滞在先住所（以下にご記入ください。） 〒　　－ （　　様方）		

※自己負担免除となる方は、該当するものに☑を入れてください。

□生活保護世帯　　□中国人残留邦人等世帯

私は、予防接種の自己負担金免除の申請に係る住民基本台帳及び保護台帳若しくは支援給付台帳の閲覧に関して同意します。

氏名　　印

＜問い合わせ先及び申請書送付先＞
〒474－0035　愛知県大府市江端町四丁目2番地
大府市健康増進課（保健センター）予防接種担当　行
電話番号（0562）47-8000

担当課受付印