

インフルエンザ・高齢者肺炎球菌広域予防接種申請書

豊川市長 様 以下のとおり市外で予防接種を受けることを申請します。

申請日		令和	年	月	日
接種希望ワクチン (接種希望にチェック してください)	<input type="checkbox"/> インフルエンザ ・ <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌 接種履歴なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> →申請不可				
接種医療機関	医療機関所在地 市・町				
ふりがな					
被接種者氏名					
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	
世帯主氏名	<input type="checkbox"/> 被接種者氏名に同じ				
住所	〒 ー 豊川市				
電話番号					
→ 滞在先施設 (又は滞在先の表札)					
→ 滞在先住所	〒 ー				
滞在先電話番号	() ー				
予防接種法によるインフルエンザまたは高齢者肺炎球菌定期予防接種を市外で受けるための申請、 および予防接種費用免除世帯員に該当するか豊川市が確認することに同意します。 被接種者本人署名 または、代理申請者署名					
申請者が被接種者と異なる場合は下記にご記入ください。 <input type="checkbox"/> 申請者は、被接種者と同一世帯です <input type="checkbox"/> 申請者は、被接種者と同一世帯ではありませんが、被接種者から、申請の権限を委任されました 後日、このことにより問題が生じた場合、貴市にご迷惑をかけません					
ふりがな					本人との続柄
申請者氏名					()
住所	〒 ー				
電話番号	() ー				

滞在先が住所と異なる場合各記載

連絡票送付先にチェックを入れてください

受付印

受付者；

＝事務処理欄＝

- 申請者の身分証明確認
- 発行までに2週間程度かかることの説明
- 予診票回収
- かかりつけ医 入院 施設入所
- 償還払いの対象者かの確認・その後の手続きの説明
- 医療機関予約 (/)