

## インフルエンザ・高齢者肺炎球菌広域予防

## 記入見本

豊川市長 様

以下のとおり市外で予防接種を受けること

申請日	令和 <b>3</b> 年 <b>9</b> 月 <b>30</b> 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 checked="" type="checkbox"/> インフルエンザ <input checked="" type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌 <small>接種履歴なし<input checked="" type="checkbox"/></small> <small>あり<input type="checkbox"/>→申請不可</small> インフルエンザ接種期間 10/15~1/31	
接種医療機関	<b>●●クリニック</b> 医療機関所在地 <b>豊橋</b> 市・町 <small>医療機関によっては、接種後に払い戻しになることがあります。その場合は、接種後に保健センターへ来て手続きが必要です。</small>	
ふりがな	<b>とよかわ はなこ</b>	
被接種者氏名	<b>豊川 花子</b>	
生年月日	明治・大正・ <b>昭和</b> <b>10</b> 年 <b>10</b> 月 <b>10</b> 日	
世帯主氏名	<input type="checkbox"/> 被接種者氏名に同じ <b>豊川 太郎</b>	
住所	〒 <b>442</b> - <b>0879</b> 豊川市 <b>萩山町 3丁目 77番地の1</b>	
電話番号	<b>090-1111-1111</b>	
滞在先施設 (又は滞在先の表札)	<b>グループホーム●●</b> (←滞在先がある場合のみ記入)	
滞在先住所	〒 <b>123</b> - <b>4567</b> <b>蒲都市●●町1丁目2</b>	
滞在先電話番号	( <b>0533</b> ) <b>33 - 3333</b>	
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 <b>豊川 太郎</b> 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 checked="" 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	<b>とよかわ たろう</b>	本人との続柄 ( <b>長女の婿</b> )
申請者氏名	<b>豊川 太郎</b> (本人以外が申請の場合のみ記入)	
住所	〒 <b>442</b> - <b>0879</b> 豊川市 <b>萩山町 3丁目 77番地の1</b>	
電話番号	( <b>090</b> ) <b>2222</b> — <b>2222</b>	

滞在先が住所と異なる場合記載

連絡票送付先にチェックを入れてください

＝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  
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

申請者の身分証明書（運転免許証保険証等）のコピーを添付してください。