

高齢者用 豊川市外 予防接種実施依頼書発行申請書(B類疾病)

様式第2号

豊川市長 様

予防接種法に基づく定期予防接種を市外の医療機関で希望するため、次のとおり申請します。

① 申請日	年 月 日	
② 申請者 本人・家族・ 成年後見人に限る	氏名	フリガナ ③ 本人との続柄 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> その他：
	住所	〒
	電話番号	※日中連絡の取れる番号
④ 本人等以外の方が 代筆する場合	代筆者 氏名	⑤ 本人との続柄 <input type="checkbox"/> 施設職員 <input type="checkbox"/> その他：
	電話番号	※日中連絡の取れる番号

⑥ 被接種者 予防接種を 受ける者	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ フリガナ
	住民票の ある住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ 〒 豊川市
	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日
	電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ

⑦ 予防接種 の種類	<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌	
	帯状疱疹	ビケン <input type="checkbox"/> シングリックス <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目
	⑧ 申請理由 <input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 入院治療 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> その他：	
⑨ 医療機関	医療機関名：	市町村名：
	医療機関等は受け入れ可能か <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

⑩ 書類送付先	<input type="checkbox"/> 申請者住所 <input type="checkbox"/> 被接種者住所 <input type="checkbox"/> 来所⇒ 来所日：	
	<input type="checkbox"/> 滞在先 ※滞在先に書類の送付を希望する場合は下の欄に記入	
※滞在先	入院・入所等 の施設名	(様方)
	住所	〒
⑪ 接種予定日	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒ 予定日： (書類発行までに2~3週間程度かかります)	

事務処理欄:

発行までに2~3週間程度かかることの説明

受付者:

受付印:

予診票の回収 不可⇒紛失 その他理由:

広域加入医療機関の確認 はい いいえ⇒償還払いについて説明