

広域予防接種連絡票兼接種済証交付申請書

年 月 日

（宛先）高浜市長

申請者 住 所 高浜市 町 丁目 番地

氏 名

電話番号

（対象者との続柄： ）

下記のとおり、愛知県B類疾病広域予防接種連絡票兼接種済証の交付を申請します。

記

フリガナ 対象者氏名			
住 所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ 高浜市 町 丁目 番地	電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ
生年月日	年 月 日 (歳)	性 別	男 ・ 女
対象者区分 (該当の番号 に○をつける)	1. 高浜市以外の市町村にかかりつけ医がいる方 2. 長期に入院治療を要し、高浜市で予防接種を受けることが困難な方 3. 高齢者施設等に入所のため、高浜市以外での予防接種を希望する方 (施設名：) 4. その他 ()		
希望医療機関 (希望市町村)	(市町村)		
希望する 予防接種	1. 高齢者用肺炎球菌ワクチン 2. インフルエンザワクチン 3. 新型コロナワクチン 4. 帯状疱疹（生ワクチン・組換えワクチン1回目・組み換えワクチン2回目）		

EDP	窓口 ・ 郵送（対象者宛 ・ 申請者宛）	住基確認済 <input type="checkbox"/>	受付者
連絡票発行日 年 月 日	発行者	予診票回収済チェック	※必ず、予診票と一緒に渡すこと