

高齢者用予防接種連絡票・依頼書交付申請書

令和 年 月 日

豊橋市長 浅井 由崇 様

住所	〒 -		
フリガナ 申請者氏名			
続柄		電話	() -

下記の者が、予防接種法に基づく予防接種を豊橋市以外で受けたいので、愛知県広域予防接種連絡票または予防接種実施依頼書の交付を申請いたします。

記

予防接種の種類	<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 肺炎球菌		
被接種者 (予防接種を受ける方)	住所 <small>*申請者と違う場合のみ</small>	〒 - 豊橋市	
	フリガナ		
	氏名	(男 ・ 女)	
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生 (満 歳)	
接種の本人意思	<input type="checkbox"/> 確認できる <input type="checkbox"/> 確認できない		
過去の接種 (肺炎球菌の場合)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
接種費用 (予診票に記載)	<input type="checkbox"/> 有料 (自己負担額 インフル 1,500 円・肺炎 2,000 円) <input type="checkbox"/> 無料		
豊橋市で接種 できない理由	<input type="checkbox"/> 市外にかかりつけ医がいる <input type="checkbox"/> 市外の医療機関に長期入院中 <input type="checkbox"/> 市外の高齢者施設に入所中 <input type="checkbox"/> その他 ()		
接種医療機関名	(市 区)		
滞在先 (豊橋市以外に滞在 している場合)	住所	〒 -	
	入院医療機関 入所施設名 等		
	電話番号	() -	
連絡票・依頼書の 受取手段	<input type="checkbox"/> 保健所で受取 <input type="checkbox"/> 郵送 (送付先: <input type="checkbox"/> 申請者の住所 <input type="checkbox"/> 被接種者の住所 <input type="checkbox"/> 上記滞在先) *返信用封筒の添付が必要 →送付先が施設や病院の場合、書類が届くことについて了承を得ていますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		

【送付書類の重量】 広域 (県内協力医療機関): 約 14 g 補助金 (広域以外): 約 27 g