

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 | () - |
| 本人又は家族以外 の方が代筆の場合 | 代筆者氏名 | | |
| | 本人との続柄 | | 電話() - |

下記の者が、予防接種法に基づく予防接種を豊橋市実施医療機関以外で受けたいため、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"/> 新型コロナ <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 ※接種するワクチンにチェック | | |
| 被接種者 (予防接種を受ける方) | 住所 *申請者と違う場合のみ | 〒 - 豊橋市 | |
| | フリガナ | | |
| | 氏名 | | |
| | 生年月日 | 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 <input type="checkbox"/> 無料 | | |
| 実施医療機関で 接種できない理由 | <input type="checkbox"/> 実施医療機関以外にかかりつけ医がいる <input type="checkbox"/> 医療機関に長期入院中 <input type="checkbox"/> 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 (住民票の住所以外に 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 | | |

【送付書類の重量と切手】 ①広域(県内協力医療機関): 1名分 約28g 書類5枚(110円切手) 2名分: 約47g 書類9枚(110円切手)
(2種類接種の場合) ②補助金(広域以外): 1名分 約37g 書類7枚(110円切手) 2名分: 約61g 書類12枚(180円切手)
※定形郵便