

愛知県広域予防接種申請書

被 接 種 者	住 所	〒 田原市 ○○町○○ (電話 ○○-○○-○○)		
	フリガナ	タハラ タロウ	男 女	生 年 月 日 昭和○ 年 ○ 月 ○ 日 (満 歳)
氏 名	フリガナ	アツミ ハナコ	続 柄	
	氏 名	田原 太郎		
フリガナ	アツミ ハナコ			
申請者氏名	渥美 花子			
予 防 接 種 の 種 類	☐ インフルエンザ ☐ 新型コロナウイルス感染症 ☐ 肺炎球菌感染症 ☒ 帯状疱疹 (希望するワクチンを選んでください) (水痘ワクチン「ビケン」・シングリックス (1回目)・シングリックス (2回目))			
希 望 す る 理 由 ※該当する番号に○をつけてください。	1. 田原市外の市町村にかかりつけ医がいるため 2. 長期に入院治療を要し、田原市内での予防接種が困難であるため 3. 家庭内暴力等のため、田原市外での予防接種を希望するため 4. 高齢者施設等に入所のため、田原市外での予防接種を希望するため 5. その他 ()			
希 望 医 療 機 関 名	所在地：(○○) 市・町・村 名 称： ○○病院 申請前に、接種ができるかどうか、医療機関に確認をお願いします。			
上記理由により、愛知県内の接種協力医療機関での予防接種を希望しますので、申請書を提出します。 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 田原市長 殿 申請者 住所 田原市○○町 氏名 渥美 花子 (電話 ○○-○○-○○)				

希望される書類の送付先に、○をつけてください。

連絡が取れる電話番号を記載してください。

【送付先】		
チェック欄	送付先	送付先住所
○	被接種者自宅	同上
	申請者自宅	同上
注)	施 設	施設名： 施設住所：

入所している施設等に送付を希望される場合は、施設名と住所を記入してください。

注) 豊橋元町病院と福祉村病院へは送付できません。
「被接種者自宅」または「申請者自宅」をお選びください。