

記載例

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	田原 太郎			
フリガナ 申 請 者 氏 名				続 柄	長女
予 防 接 種 の 種 類		高齢者帯状疱疹ワクチン		市外で接種を希望するものに、 ☑を入れてください。	
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： 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。 施設住所：

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。