

課長	GL	副担当	グループ員	公印
----	----	-----	-------	----

愛知県 B 類疾病広域予防接種連絡票交付申請書

令和 年 月 日

(宛先) 津 島 市 長

赤枠内を記入
してください

申請者

〒496-0863

住 所 津島市〇〇町〇〇番地
氏 名 津島 太郎
電話番号 0567-23-1551
続 柄 (本人)

記

津島市で実施する予防接種を、下記の者が愛知県広域予防接種事業に参加する医療機関において接種を受けることができるよう、予防接種連絡票を交付してください。

被接種者 住 所	津島市 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	電話番号	0567-23-1551
フリガナ	ツシマ タロウ	性 別	夫正+昭和
被接種者 氏 名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	23年1月27日 (歳)
対象者区分	<input checked="" type="checkbox"/> かかりつけ医 2長期入院治療 3高齢者施設入所 4その他()		
接種希望 医療機関名	〇〇病院	医療機関 住所地	〇〇市 (名古屋市は区まで)
希望する 予防接種	<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌予防接種 <input checked="" type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ予防接種 (10/15~1/31) <input checked="" type="checkbox"/> 高齢者新型コロナウイルス感染症予防接種 (10/15~1/31) <input checked="" type="checkbox"/> 高齢者带状疱疹予防接種 (生ワクチン、組換えワクチン)		
連絡票送付先 (いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> をつける)	<input checked="" type="checkbox"/> 被接種者住所 <input type="checkbox"/> 申請者住所 <input type="checkbox"/> 送付先住所 〒 -		

希望するすべての予防接種に
チェックを入れてください。
带状疱疹の場合は、希望するワ
クチンに○をつけてください。

窓口確認欄 住民記録 医療機関への受け入れ 協力医

連絡事項 ○申請後、発行までに2週間程度かかること。

○接種が終了するまで、保管すること。

○津島市より転出した場合は、無効となるため、転入先で相談・手続きすること。

○接種期間内に希望している予防接種が終了しない場合は翌年度に再度申請すること。

○連絡票の内容が変更した場合は、再度申請が必要になること。