

令和 年 月 日
愛知県広域予防接種申請書

清須市長様

申請者

住所

氏名

印

被接種者との続柄（ ）

電話番号

下記により愛知県広域予防接種事業に基づく予防接種を申請します。

ふりがな	
被接種者氏名	昭和・大正 年 月 日生 (歳)
住所	清須市
電話番号	() -
接種理由	1. 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 ()
希望する 医療機関	希望する医療機関で広域予防接種ができることを確認していますか。 は い ・ いいえ 名称 住所 電話 ()
希望する 予防接種	1. 高齢者带状疱疹 〔 生ワクチン (ビケン) ・ 不活化ワクチン (シングリックス) 1回目 / 2回目 〕 ↑希望するワクチンのどちらか一方に○をつけてください。不活化ワクチンの場合は 回数にも○を付けてください。 2. 高齢者肺炎球菌 3. 高齢者インフルエンザ 4. 高齢者新型コロナ
免除資格	(生活保護の受給) 有 ・ 無

*この申出により、関係各課の職員が免除該当者等の調査・確認するため、私及び私の属する世帯の世帯員の個人情報を使用することを同意します。