

役場事務処理欄		
課長	リーダー	グループ

愛知県広域予防接種申請書(高齢者インフルエンザ用)

南知多町長殿

令和 年 月 日

窓口に
来られた方 氏名 (続柄)

住所

電話番号 () -

愛知県広域予防接種事業による南知多町外での予防接種を希望しますので、次のとおり愛知県広域予防接種連絡票の発行を申請します。

※太枠内をご記入ください。

年 齢 事 項		必要書類	自己負担額
<input type="checkbox"/>	接種日において、満65歳以上の方	—	1,300円
<input type="checkbox"/>	接種日において、満60歳以上65歳未満の方で、 心臓・腎臓・呼吸器等に障害のある方	身体障害者手帳	
<input type="checkbox"/>	上記の項目いずれかに該当し、かつ生活保護世帯の方	生活保護受給証明書	無料

今年度インフルエンザの予防接種は初めてですか？			はい・いいえ
申請理由 該当番号 に ○をつけて ください。	1. 町外にかかりつけ医がいる 2. 長期入院治療等で町内で予防接種が困難 3. 高齢者施設等に入所している 4. その他()		
医療機関 所在地	市・町	希望 医療機関名	
予防接種 を 受ける方	住所	〒470- 南知多町大字	
	電話番号	() -	
	ふりがな		
	氏名	(男・女)	
生年月日	大正・昭和	年	月 日 (満 歳)

<サービスセンター利用欄> <input type="checkbox"/> 郵送…接種を受ける方の住所宛て <input type="checkbox"/> 郵送…その他(郵送先→) <input type="checkbox"/> サービスセンター渡し <input type="checkbox"/> 上記以外()	収受印
--	-----