

希望するものにチェック
をしてください。

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)
(新型コロナウイルス感染症)

南知多町長殿

令和 ○年 ○月 ○日

窓口に来られた方 氏名 **南知多 太郎** (続柄 **本人**)

住所 **南知多町豊浜字貝ヶ坪18**

電話番号 (**0569**) **65** - **0711**

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 checked="" type="checkbox"/> 接種日において、満65歳以上の方	—	高齢者インフルエンザ 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	新型コロナウイルス感染症 4,500円
<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 **高齢者インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症** の予防接種は初めてですか? **はい**・いいえ

- 申請理由 **1.** 町外にかかりつけ医がいる
該当番号に○をつけてください。
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 **武豊市** **町** 希望医療機関名 **〇〇クリニック**

施設で受ける場合は、施設が委託している医療機関名を記入してください。

予防接種を受ける方	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒470- 南知多町大字
	ふりがな	みなみちた たろう
	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ (男・女) 生年月日 大正・ 昭利 ○年 4月 5日 (満 65 歳)
電話番号	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ ()	

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

收受印