

## 愛知県広域予防接種申請書（B類疾病）

年 月 日

岩倉市長 殿

申請者 氏名

住所

電話番号

愛知県広域予防接種事業により、岩倉市以外での予防接種を希望するため、下記のとおり申請します。

## 記

接種者 氏名		生年月日	大正・昭和 年 月 日 ( 歳)
居住地	岩倉市 町		
申請理由	1 岩倉市以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、岩倉市で予防接種を受けることが困難なため 3 高齢者施設に入所しているため、岩倉市で予防接種を受けることが困難なため 4 その他 ( )		
希望する 予防接種	高齢者肺炎球菌 ワクチン	今までに肺炎球菌ワクチンを受けたことがありますか ない ・ ある	予診票番号
	高齢者インフルエンザ ワクチン	今年度インフルエンザワクチンを受けましたか ない ・ ある	予診票番号
接種 希望 市町村	市・町 (医療機関名： ) 区 (電話： )		
入所 施設先	名称： 電話番号： 住所：		
市民税非課税世帯（生活保護受給者世帯等を含む）の人に該当しますか はい ・ いいえ			

※希望する予防接種の問診項目で、「ある」と回答した場合は、対象外となります。