

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	高齢者用肺炎球菌 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
	帯状疱疹 ワクチン	今までに帯状疱疹ワクチンを受けたことがありますか ない ・ ある 希望するワクチン ☐ 乾燥弱毒生水痘ワクチン ☐ 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン（1回目・2回目）	予診票番号
			生ワクチン
			不活化ワクチン 1回目 2回目
	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
	新型コロナ ワクチン	今年度新型コロナ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	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）に該当しますか はい ・ いいえ			

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