愛知県広域予防接種申請書（高齢者用）

(宛先)幸田町長

幸田町協力医療機関で実施する予防接種を、幸田町協力医療機関外にて接種することを希望するため下記のとおり申請します。なお、接種予定の医療機関には、事前に接種受け入れ可能であることを確認し、了解を得ています。

令和　　年　　月　　日

申請者 （手続をする人）	ふりがな		被接種者との続柄	
	氏名			
	住所	〒　　－ 電話番号　（　　）		
被接種者 （予防接種を受ける人）	ふりがな			
	氏名	**□申請者と同じ**		
	生年月日	□ 大正 □ 昭和　　年　　月　　日　（　　歳）		
	住所	〒　　－ 幸田町大字　　字　　番地　**□申請者と同じ**		
予防接種の種類	希望する予防接種に☑をいれてください。 □高齢者インフルエンザ □新型コロナ			
接種する医療機関	医療機関名： 所在する市町村：			
	□　接種予定医療機関で愛知県広域予防接種ができることを確認しました。 ↑ご自身で医療機関に確認後☑をいれてください。			
申請理由	□かかりつけの医療機関のため □長期入院しているため □施設入所しているため ⇒滞在先　病院・施設名： 住所：〒 電話番号： □その他（　　）			
接種券送付先	□申請者住所　□被接種者住所　□滞在先			

町記入欄	接種券の回収：　□済　□紛失（再交付申請書記入）　□同意書確認 広域予防接種事業の協力医療機関：□該当／□非該当⇒□非該当の場合の案内 接種予約日（　／　）　広域連絡票送付日（　／　）