

予 防 接 種 申 出 書

令和 年 月 日

刈 谷 市 長

〒 -

申請者 住 所.....

ふり がな
氏 名.....

被接種者との続柄 ()

日中の連絡先 (.....) -

下記の理由により、予防接種を市外の医療機関等で接種したいので、申請します。
記

被 接 種 者	ふ り が な 氏 名	
	生 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日 (満 歳)
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 刈谷市 ()
	予防接種名 ※該当するものに 印をつけてください。	<input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ予防接種 (9月末から申請受付します) <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌予防接種(定期接種) → <input type="checkbox"/> <u>初めての接種である</u>
理 由 ※該当するものに 印をつけてください。	<input type="checkbox"/> 1. 刈谷市外のかかりつけ医 (往診医) での接種が必要なため <input type="checkbox"/> 2. 入院・入所中で刈谷市の指定医療機関で接種ができないため <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> </div> <div style="border-left: 1px solid black; padding-left: 5px;"> <p style="margin: 0;">滞 在 先</p> <p style="margin: 0;">病院・施設名 : 住所 : 〒 - 電話 : () -</p> </div> </div> <input type="checkbox"/> 3. その他 ()	
<u>接種予定医療機関</u> ※正式名称を必ず ご記入ください	医療機関名 : 住所 : 〒 - 電話 : () -	
予診票の送付先	<input type="checkbox"/> 滞在先 (入院・入所施設) に送付 <input type="checkbox"/> 申請者に送付 <input type="checkbox"/> その他 [送付先 : 〒 - 電話 : 宛先名 :]	

..... < 保健センター記入欄 >

個人負担金免除申請 : なし / あり(該当・非該当)

広域予防接種事業の協力医療機関 : 該当 / 非該当

依頼方法 : 県広域 / 還付 → 還付書類発送日 : _____

予診票の添付 : あり / 後日郵送予定 / 紛失 / その他 (_____)

電話受付者() 申請書受付者() 作成者(/) 発行日 (/)