

予 防 接 種 申 出 書

県・還付

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	大正・昭和 年 月 日（満 歳）
	住 所	☐ 申請者と同じ ☐ 刈谷市（ ）
予防接種名 ※該当するものに 印をつけてください。		☐ 帯状疱疹予防接種（定期接種）→ ☐ 初めての接種である ☐ 過去に接種したことがある （接種を希望するワクチン ☐ 乾燥弱毒生水痘ワクチン「ビケン」 ☐ 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン「シングリックス」） ☐ 高齢者肺炎球菌予防接種（定期接種（※65歳の方のみ））→ ☐ 初めての接種である ☐ 高齢者インフルエンザ予防接種（※9月末から受付開始） ☐ 新型コロナウイルス感染症予防接種（※9月末から受付開始）
理 由 ※該当するものに 印をつけてください。		滞在先 ↓ ☐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 ☐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 病院・施設名： 住所：〒 - 電話：（ ） - ☐3. その他（ ）
接種予定医療機関 ※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		☐ 滞在先（入院・入所施設）に送付 ☐ 申請者に送付 ☐ 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）					
県広域該当か確認	☐ 県広域 ・ ☐ 還付（還付書類発送日： ）					
予診票の添付	☐ あり ・ ☐ なし（ ☐ 紛失・ ☐ 還付） ・ ☐ その他（ ）					
申請者の本人確認	☐ 身分証明書（マイナンバーカード等）	帯状疱疹 番号	肺炎 番号	インフル 番号	コロナ 番号	作成者
	☐ その他（ ）					内容確認者
	☐ 郵便受取					発行日