

記入例

予 防 接 種 申 出 書

県・還付

令和〇〇年〇月〇〇日

刈 谷 市 長

〒448-0858

申請者 住 所 刈谷市若松町 3-8-2

ふりがな
氏 名 刈 谷 花 子

被接種者との続柄 (長女)

日中の連絡先 (〇〇〇) 〇〇〇〇-〇〇〇〇

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	とうよう たろう
	氏 名	東陽 太郎
	生 年 月 日	大正 昭和 〇〇年 〇月 〇〇日 (満 〇〇歳)
	住 所	☐ 申請者と同じ ☒ 刈谷市 (東陽町 1-1)
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「ピケン」 ☐ 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。		☐ 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 滞在先 病院・施設名: 介護老人保健施設〇〇 住所: 〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇丁目〇番地〇 電話: (〇〇〇〇) 〇〇-〇〇〇〇 ☐ 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: △△病院 住所: 〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町△丁目△番地△ 電話: (〇〇〇〇) △△-△△△△
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:]

※施設入所中の場合は接種医が
所属する医療機関名を必ず記入
してください。
※滞在先の医師または施設長が
接種する場合は「同上」でも可。

《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