

予 防 接 種 申 出 書

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 かりや はなこ
氏 名 刈谷 花子

被接種者との続柄 (長女)

日中の連絡先 (090) 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	明治・大正 昭和 〇〇年 〇月 〇〇日 (満 〇〇歳)
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 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。		<input checked="" type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ予防接種 (※9月末から受付開始) <input checked="" type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌予防接種 (定期接種) → <input type="checkbox"/> 初めての接種である
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 checked="" 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 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 <input type="checkbox"/> 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		<input checked="" 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:]

※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	<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 該当 ・ <input type="checkbox"/> 非該当)				
県広域該当か確認	<input type="checkbox"/> 県広域 ・ <input type="checkbox"/> 還付 (還付書類発送日:)				
予診票の添付	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> 紛失 ・ <input type="checkbox"/> その他 ()				
申請者の本人確認	<input type="checkbox"/> 身分証明書 (マイナンバーカード等)	インフル 番号	コロナ 番号	肺炎 番号	作成者
	<input type="checkbox"/> その他 ()				内容確認者
	<input type="checkbox"/> 郵便受取				発行日