

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月末から受付開始) <input 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"/> <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;"> <p>滞 在 先</p> </div> <div style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;"> <p>病院・施設名 : 住所 : 〒 - 電話 : ( ) -</p> </div> </div> <input type="checkbox"/> 3. その他 ( )	
<b>接種予定医療機関</b> ※正式名称を必ず ご記入ください	<b>医療機関名 :</b> 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	<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