

愛知県広域予防接種連絡票交付申請書（B類疾病）

令和 年 月 日

美浜町長 様

申請者(窓口に来た人)

住 所 美浜町

氏 名

電話番号() -

被接種者との続柄:本人・配偶者・子・兄弟姉妹・その他()

このことについて、下記の申請理由のとおりであり、美浜町外での予防接種を希望しますので、次のとおり広域予防接種連絡票の交付を申請します。

| | | | | |
|---|----------|---|-------------------|---|
| 予防接種を受ける方 | 住 所 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ(申請者本人) 異なる場合は下記記入 美浜町 | 電話番号 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ(申請者本人) 異なる場合は下記記入 — — |
| | フリガナ | | 生年月日 | 大正 年 月 日 昭和 (満 歳) |
| | 被接種者氏名 | 性別(男・女) | | |
| 希望する医療機関で広域予防接種が出来ることを確認していますか? はい・いいえ ※確認できていない場合は申請できません。 | | | | |
| 接種を希望する医療機関 | | 医療機関名 | | |
| | | 所在地 | ※市・区・町・村を入力してください | |
| 該当項目に○ | 申請理由 | 1 かかりつけ医 2 長期入院治療 3 高齢者施設入所 4 その他() | | |
| | 希望する予防接種 | 1 高齢者インフルエンザ 2 高齢者新型コロナウイルス 3 高齢者肺炎球菌 (接種時65歳) 4 高齢者带状疱疹 (定期対象者のみ) | | |

※身体障害者手帳1級保持者(心臓・腎臓・呼吸器等)で接種日に60~64歳又は、生活保護世帯に該当する方は、高齢者予防接種連絡票交付申請書もご記入ください。

※高齢者肺炎球菌については、接種日時点で65歳であることが必須です。また、過去に「23価ポリサッカライド(ニューモバックスNP)」の接種を受けたことがある場合は、高齢者肺炎球菌の補助申請はできません。

※広域接種可能期間(有効期限)

高齢者インフルエンザ :10月15日から翌年1月末まで

高齢者新型コロナウイルス :10月15日から翌年3月末まで

高齢者带状疱疹・肺炎 : 4月1日から翌年3月末まで

【連絡事項】

○発行される連絡票は、接種証明書と一緒にありますので、接種終了するまで保管してください。

○美浜町から転出された場合は、無効となるため、転入先へご相談ください。

○連絡票の内容に変更が生じた場合は、再度申請が必要です。

【問合せ先】

〒470-2492

知多郡美浜町大字河和字北田面106番地

美浜町役場 健康・子育て課(保健センター内)

電話(0569)82-1111(内287・289)