碧南市定期予防接種（B類）実施依頼申請書兼愛知県広域予防接種事業申請書

令和　　年　　月　　日

碧南市長　殿

申請者　氏名（ふりがな）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

被接種者との続柄　□本人　□同居の親族

□その他（　　）

私は下記の理由で、市内指定医療機関以外で、定期予防接種（B類）を実施することを希望します。

被接種者	ふりがな		
	氏名	□申請者と同じ	
	住民票に記載の住所	□申請者と同じ	〒
	生年月日	T・S・H　　年　　月　　日（　　歳）	
申請予防接種		□ 肺炎球菌感染症　□ 帯状疱疹（生・組換え） □ インフルエンザ　□ 新型コロナウイルス感染症	
申請理由		□ 碧南市以外の市町村にかかりつけ医がいる □ 碧南市以外の病院等で長期に入院治療をしている □ 高齢者施設等に入所している □ その他（　　）	
実施医療機関	医療機関名		
	所在地	〒	
	電話番号		
	県広域事業	□ 加入　□ 未加入	

・依頼書の郵送を希望しますか。

□希望する　→　□申請者の住所　□被接種者の住所　□その他（以下をご記入ください）

送付先　〒＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿都道府県＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様方

□希望しない

※市確認欄　□ 予診票の回収（□ 肺炎球菌 □ インフルエンザ □ 新型コロナ □ 帯状疱疹）

□ 課税　□非課税　□ 医療機関の確認（広域・償還払い）　□ 申請者本人確認

□ 対応職員（　　）　□ 発行（　/　）