碧南市定期予防接種兼愛知県広域予防接種実施依頼申請書（B類）

令和　　年　　月　　日

碧南市長　宛

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（　　）

碧南市定期予防接種助成金交付規定第４条の規程、愛知県医師会広域予防接種運営要領に基づき、次の通り予防接種を受けたいので、碧南市定期予防接種実施依頼書の交付を申請します。

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 □　インフルエンザ	
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）

送付先住所　〒＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿都道府県＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様方

□希望しない

※市確認欄　□ 予診票の回収（ □ 肺炎球菌感染症　　□ インフルエンザ ）

□ 医療機関の確認　　□ 対応職員（　　）　　□ 発行（　　/　　）