

予 防 接 種 申 出 書

県・還付

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	☐ 申請者と同じ ☐ 刈谷市 ()
予防接種名 ※該当するものに 印をつけてください。		☐ 帯状疱疹予防接種 (定期接種) → ☐ <u>初めての接種である</u> ☐ <u>過去に接種したことがある</u> (接種を希望するワクチン ☐ 乾燥弱毒生水痘ワクチン「ビケン」 ☐ 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン「シングリックス」) ☐ 高齢者肺炎球菌予防接種 (定期接種) → ☐ <u>初めての接種である</u> ☐ 高齢者インフルエンザ予防接種 (※ 9 月末から受付開始) ☐ 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)
理 由 ※該当するものに 印をつけてください。		滞 在 先 ↓ ☐ 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 ☐ 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 病院・施設名 : 住所 : 〒 - 電話 : () - ☐ 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 : 住所 : 〒 - 電話 : () -
予診票の送付先		☐ 滞在先 (入院・入所施設) に送付 ☐ 申請者に送付 ☐ 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	☐ なし ・ ☐ あり (☐ 該当 ・ ☐ 非該当)					
県広域該当か確認	☐ 県広域 ・ ☐ 還付 (還付書類発送日 :)					
予診票の添付	☐ あり ・ ☐ 紛失 ・ ☐ その他 ()					
申請者の本人確認	☐ 身分証明書 (マイナンバーカード等) ☐ その他 () ☐ 郵便受取	帯状疱疹 番号	肺炎 番号	インフル 番号	コロナ 番号	作成者
						内容確認者
						発行日