

広域的予防接種申込書

年 月 日

明石市長様

住所
氏名 (続柄)
電話番号 ()

予防接種法等に基づく予防接種について、下記のとおり予防接種を受けたいので承認願います。

接種を受ける人	住所	〒 -		
	氏名		生年 月日	年 月 日 (満 歳 九月)
受ける予防接種の種類	<input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ <input type="checkbox"/> 高齢者新型コロナ <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌			
接種を希望する医療機関	所在地	〒 -		
	医療機関名			
接種希望日	年 月 日			
広域的予防接種を希望する理由	<input type="checkbox"/> かかりつけ医での接種を希望 <input type="checkbox"/> 高齢者施設等に入所中のため <input type="checkbox"/> 病院に入院中のため <input type="checkbox"/> その他()			

書類の返送先	<input type="checkbox"/> 本人住所 <input type="checkbox"/> 入所中の施設又は病院 → 住所 〒 <input type="checkbox"/> 申請者住所 (※別世帯の場合、本人と申請者の身分証明書の写しの添付が必要)
世帯状況	<input type="checkbox"/> 市民税課税世帯 <input checked="" type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 (※別途書類が必要(説明書参照))

※ 明石市外へ転出されますと使用できません。

- 1 接種を希望する日が属する日の年度末または定期接種の対象期間のいずれか早い日までに接種を受けてください。
- 2 上記の接種を希望する医療機関に対し予防接種に関する業務を委託しますので、接種当日に別紙依頼書、請求書及び予診票を当該医療機関あて提出ください。

・ 上記のことについて、承認しないこととします。
(不承認の理由)

明保予第 号
年 月 日

明石市長 丸谷 聡子
(公 印 省 略)
(担当課 保健予防課)

* 個人情報の保護について

この票の個人情報は、本事業の予防接種の安全性の確保を目的に使用します。また、目的外の使用は禁止します。