

様式第2号

平成 年 月 日

(あて先) 名古屋市長

愛知県広域予防接種連絡票発行申請書 (B類疾病)

愛知県広域予防接種事業による名古屋市外での予防接種を希望しますので、次のとおり愛知県広域予防接種連絡票の発行を申請します。

被接種者	住 所	〒 -		
	ふりがな		生 年	明治
	氏 名		月 日	大正 年 月 日 昭和 (満 歳)
	電話番号	- -		
	申請理由 (○で囲む)	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 (○で囲む)	高齢者インフルエンザ ・ 高齢者肺炎球菌 ※過去に肺炎球菌ワクチン(ニューモバックス)を受けたことがある場合、高齢者肺炎球菌は申請できません。		
申請者	住 所	<input type="checkbox"/> 上記住所に同じ 〒 -		
	氏 名	<input type="checkbox"/> 上記氏名に同じ (被接種者との続柄) ※本人又は同一世帯の親族以外の方が申請する場合は、委任状を添付してください。		
	電話番号	<input type="checkbox"/> 上記電話番号に同じ - - ※日中に繋がる連絡先の電話番号をご記入ください。		
医療機関希望	名 称			
	所 在 地	〒 -		
	電話番号	- -		
連絡票送付先		<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ <input type="checkbox"/> 滞在先住所 (※郵便物が届く住所をご記入ください。) 〒 -		
自己負担の免除を受ける確認書類		<input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書 (原本) <input type="checkbox"/> 市民税非課税確認書 (原本) <input type="checkbox"/> 介護保険料納入通知書のコピー <input type="checkbox"/> 中国残留邦人等支援給付受給者証のコピー <input type="checkbox"/> なし		

<自己負担の免除制度について>

以下に該当する方は、本申請時に確認書類を添付することで自己負担が免除となります。

対象者	確認書類	交付窓口
生活保護世帯の方	生活保護受給証明書 (原本) ※	区役所
市民税非課税世帯の方	市民税非課税確認書 (原本) ※	保健所
中国残留邦人等支援給付の受給者	本人確認証のコピー	-

※名古屋市からご自宅に送付される「介護保険料納入通知書」(ただし、保険料段階が「第1段階」から「第4段階」までの最新ののものに限る)のコピーでも可(原本がA3サイズのため、A4サイズに縮小してコピーしてください)。(4月に暫定版、7月に確定版を発行。)

《名古屋市記入欄》

受付番号	- -	
備 考		