

# 愛知県広域予防接種連絡票交付申出書のお手続きについて(大人の予防接種)

市外の医療機関等(ただし愛知県内)で定期予防接種を希望される場合は事前に次の手続きが必要です。

 インフルエンザの接種期間は、**10/15～翌年1/31**です。  
市内での接種期間(10/1～翌年1/31)とは異なりますので、ご注意ください。

## 1 手続きの流れ



(1) 申請をする ⇒ 下記提出書類を郵送してください。(窓口での提出も可)

### 《提出書類》

- ① 愛知県広域予防接種連絡票交付申出書
- ② 申出者の住所がわかる身分証明書(免許証等)の写し  
※申出者と接種希望者(予防接種を受ける方)の住所が異なる場合のみ
- ③ 生活保護受給証明書(他市区町村で受給している場合のみ)
- ④ 身体障害者手帳の写し(60歳から64歳の方のみ)
- ⑤ 高齢者肺炎球菌ワクチン接種をご希望の方は、「肺炎球菌ワクチン定期予防接種のご案内」はがき  
※対象者には、対象年度の4月に案内はがきを郵送済

(2) 接種時に必要な書類を受け取る(郵送の場合は①・②が届く)

- ① 愛知県広域予防接種連絡票(宛名記載用紙の裏面になります)
- ② 予診票

(3) 予防接種を受ける

医療機関や入所施設に書類((2)①・②)を提出し、有効期限までに接種を受ける。

## 2 注意事項

- ・ 高齢者肺炎球菌ワクチンの接種後に案内はがきが見つかった場合は、破棄してください。同はがきを利用して接種を受けることはできません。
- ・ 連絡票((2)①)は接種済証を兼ねています。接種後医療機関から返却を受け、ご自身で大切に保管してください。

ご不明な点等ございましたら、下記へご連絡ください。

《連絡先及び郵送先》 〒486-8686 春日井市鳥居松町5丁目44番地  
春日井市 健康福祉部健康増進課 予防担当 (TEL 0568-85-6168)

## 【申出書の記載方法(家族や施設の方が記入する場合)】

### 愛知県広域予防接種連絡票交付申出書(B類疾病)

(宛先)春日井市長 令和 年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

申出者 氏名 \_\_\_\_\_ (続柄・関係 \_\_\_\_\_)

※接種対象者と住所が異なる場合は身分証明書の写しを添付してください。

電話番号 \_\_\_\_\_

#### 【申出者欄について】

記入される方の情報を記載してください。(本人、家族、施設職員等)

※施設職員が申出者となる場合は、施設住所、施設名、記入者氏名、続柄・関係【( )内に施設職員と記入】、施設電話番号をご記入ください。

(住民票の)住所	1 申出者と同じ ② その他 (春日井市)
連絡のとれる電話番号	1 申出者 _____
希望する予防接種名	1 高齢者肺炎球菌 _____
接種医療機関	施設入所者の場合は、3を選択し、施設名をご記入ください
市・町・村 区	③ 高齢者施設等(施設名に入所しているため)
交付理由	2 長期入院のため 4 その他 ( )

#### 【3人以上申出する場合】

全員共通する内容を記入した申出書1枚(2ページ)と、接種対象者の情報をまとめた一覧表(3ページ)を併せて提出

※1 2人までの場合は、それぞれ個別の申出書のみでの提出でも構いません。

※2 メールでの添付データとしてお送りいただく場合は、個人情報流出を防ぐため、データにパスワードをつけてください。

メールアドレス: [kenko@city.kasugai.lg.jp](mailto:kenko@city.kasugai.lg.jp)

#### ⚠️【添付資料について】

##### ◀ 申出者と接種対象者の住所が異なる場合 ▶

申出者の住所がわかる身分証明書(免許証等)の写しを添付してください。

※接種対象者の身分証証明書は不要

##### ◀ 施設職員が申出者となる場合 ▶

顔写真入りの職員証(名刺+運転免許証でも可)の写しを添付してください。

### 3名以上の申出の場合：

申出書+別紙一覧（3ページ）+職員証の写しを提出

## 記載箇所

愛知県広域予防接種連絡票交付申出書(B類疾病)

(宛先)春日井市長	〒	令和 年 月 日
	施設住所	施設名
住所	記入者氏名	(施設職員)
申出者 フリガナ		
氏名		
電話番号	施設電話番号	

次のとおり市外での接種を希望しますので、愛知県広域予防接種連絡票の交付について申し出ます。

接種対象者	氏名	1 申出者と同じ 2 申出者以外(フリガナ 別紙一覧のとおり )	性別	男・女
	生年月日	大正 年 月 日 ( 歳 ) 昭和		
	(住民票の)住所	1 申出者と同じ 2 その他 (〒 春日井市 )		
連絡のとれる電話番号	① 申出者と同じ      2 申出者以外( 続柄・関係 ( ) )			
希望する予防接種名	1 高齢者肺炎球菌      ② インフルエンザ			
接種医療機関名	〇〇〇〇〇〇病院	〇〇〇市 〇〇〇区	市・町・村 区	
交付理由	1 かかりつけ医がいるため      ③ 高 (施設名 ) 2 長期入院のため      4 その他 ( )			
生活保護受給	1 無      2 有			
連絡票受取り方法	① 郵送      2 窓口			
郵送先	※郵送希望の方のみご記入ください。 ① 申出者と同じ      2 接種対象者と同じ 3 その他 (〒 ( 様方 ) )			
接種の予約日	1 有( / )      ② 無	備考		

【市記入欄】 收受番号	連番	生年月日	ふりがな 氏名	住所	生活保護 受給有無
	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				
	7				
	8				
	9				
	10				