

【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。

【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。(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。

接種対象者	生年月日	入正 昭和 年 月 日 (歳)
	(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 2 を選択し、接種対象者の住民票の住所をご記入ください。	
希望する予防接種名 <small>・希望する予防接種に チェックしてください。</small>	<input type="checkbox"/> 带状疱疹 (シンクワックス) <input type="checkbox"/> 带状疱疹 (ビケン) <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ <input type="checkbox"/> 新型コロナワクチン	
		市・町・村 区
		3 高齢者施設等に入所しているため (施設名)

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

【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の提出でも構いません。

※2 メール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



【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(運転免許証等)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+身分証明書でも可)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（申出書記載箇所は下記参照）

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

住所	〒	施設住所	施設名
申出者	ふりがな	記入者氏名	(施設職員) (関係)
氏名		施設電話番号	

※接種対象者と住所が異なる場合は住所の写しを添付してください。

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(ふりがな 別紙一覧の通り)	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 <small>・希望する予防接種にチェックしてください。</small>		<input type="checkbox"/> 帯状疱疹 (シングリックス □1回目 □2回目) <input type="checkbox"/> 帯状疱疹 (ビケン) <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ <input type="checkbox"/> 新型コロナワクチン		
接種医療機関名		○○○○○○○病院 ○○○市 市・町・村 ○○○区 区		
交付理由		1 かかりつけ医がいるため ③ 高齢者施設等に入所しているため (施設名 (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		<small>※郵送希望の方のみご記入ください。</small> 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	

※複数の医療機関で接種を希望される場合は、医療機関ごとに申出書を記載してください。

※市記入欄

【連絡票の交付】

【添付書類】

【電話受付日】

決	課長	課長補佐	主査	担当者
裁				

<input type="checkbox"/> 郵送(/)	<input type="checkbox"/> 障害者手帳等 (/)
<input type="checkbox"/> 窓口(/)	<input type="checkbox"/> 生保受給関係

※帯状疱疹については、ワクチンの種類を選択してください。

【注】 予防接種の対象年齢がワクチン毎に異なります。

- ・肺炎球菌：満65歳の人
- ・インフルエンザ及び新型コロナ：満65歳以上の人
- ・帯状疱疹：令和7年4月1日から令和8年3月31日までの間に65、70、75、80、85、90、95、100歳以上となる人

【市記入欄】 收受番号	連番	生年月日	ふりがな 氏名	住所	希望する予防接種に ○を付けてください	生活保護 受給有無
	1				肺炎球菌・ 帯状疱疹（ヒ ^レ ケン・シ ^ン グ ^リ ックス）※ インフルエンザ ^ダ ・新型コロナ	有・無
	2				肺炎球菌・ 帯状疱疹（ヒ ^レ ケン・シ ^ン グ ^リ ックス）※ インフルエンザ ^ダ ・新型コロナ	有・無
	3				肺炎球菌・ 帯状疱疹（ヒ ^レ ケン・シ ^ン グ ^リ ックス）※ インフルエンザ ^ダ ・新型コロナ	有・無
	4				肺炎球菌・ 帯状疱疹（ヒ ^レ ケン・シ ^ン グ ^リ ックス）※ インフルエンザ ^ダ ・新型コロナ	有・無
	5				肺炎球菌・ 帯状疱疹（ヒ ^レ ケン・シ ^ン グ ^リ ックス）※ インフルエンザ ^ダ ・新型コロナ	有・無
	6				肺炎球菌・ 帯状疱疹（ヒ ^レ ケン・シ ^ン グ ^リ ックス）※ インフルエンザ ^ダ ・新型コロナ	有・無
	7				肺炎球菌・ 帯状疱疹（ヒ ^レ ケン・シ ^ン グ ^リ ックス）※ インフルエンザ ^ダ ・新型コロナ	有・無
	8				肺炎球菌・ 帯状疱疹（ヒ ^レ ケン・シ ^ン グ ^リ ックス）※ インフルエンザ ^ダ ・新型コロナ	有・無
	9				肺炎球菌・ 帯状疱疹（ヒ ^レ ケン・シ ^ン グ ^リ ックス）※ インフルエンザ ^ダ ・新型コロナ	有・無
	10				肺炎球菌・ 帯状疱疹（ヒ ^レ ケン・シ ^ン グ ^リ ックス）※ インフルエンザ ^ダ ・新型コロナ	有・無