

様式第1号（第5条関係）

定期予防接種予診票交付（再交付）申請書

（宛先）長久手市長

申請者 住所
氏名
被接種者との続柄
電話番号 （ ）

長久手市定期予防接種（B類疾病）実施要綱に基づき、次のとおり関係書類を添えて予診票の交付（再交付）を申請します。

申請日	令和 年 月 日
被接種者 氏名	
生年月日	大正・昭和 年 月 日
住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ（記載省略可） 長久手市
電話番号	
予防接種 の種類	<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 高齢者用肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症
申請理由	<input type="checkbox"/> 60～64歳で心臓、腎臓若しくは呼吸器の機能障害 又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害を 有する ※身体障害者手帳の写しまたは医師の診断書原本を添付 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/>
接種希望 医療機関	<input type="checkbox"/> 長久手市、日進市、豊明市、東郷町の指定医療機関 <input type="checkbox"/> 愛知県広域予防接種医療機関 <input type="checkbox"/> その他の医療機関