記載例

愛知県広域予防接種連絡票交付申出書（B類疾病）

令和　〇〇　年〇〇月〇〇日

記入した日にちを記載してください。

（宛先）春日井市長

〒

記入者住所

記入者氏名　　続柄・関係　**（本人、夫、妻、子等）**

住所が異なる場合は身分証明書のコピーを添付してください。

電話番号

【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8年4月1日から令和9年3月31日までの間に65、70、75、80、85、90、95、100歳となる人

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 ふりがな 2 申出者以外（　　）	性別	男・女
	生年月日	大正 昭和　〇〇 年　〇〇 月　〇〇 日　（〇〇 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申出者と同じ　　2 申出者以外（　　続柄・関係　（　　））		
希望する予防接種名 ・希望する予防接種にチェックしてください。		☑ 帯状疱疹（シングリックス　☑1回目　☑2回目） ☐ 帯状疱疹（ビケン） ※帯状疱疹の予防接種はどちらか1つを選択（対象年齢あり） ☐ 高齢者肺炎球菌　※65歳の方のみ接種可 ☑ 高齢者インフルエンザ ☑ 新型コロナワクチン		
接種医療機関名		〇〇〇〇〇〇病院	〇〇〇　市・町・村 〇〇〇　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　　） 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接種対象者と同じ　　2 申出者と同じ 3 その他（〒　　様方）		
接種の予約日		1 有（　/　）　②無	備考	

※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。

※複数のワクチンを希望される場合は、すべてにチェックをしてください。

※該当する項目に丸を付けてください。

⚠【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です。