

高齢者 インフルエンザ

愛知県広域予防接種事業申請書

令和 年 月 日

稲沢市長殿

申請者 氏名 (続柄)

住所

電話番号 () -

※太枠内を御記入ください。

今年度インフルエンザの予防接種は初めてですか？		はい・いいえ	
事前に接種希望医療機関が、予防接種の受け入れを行っているか確認しましたか？		はい・いいえ	
申請理由	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 ()		
希望市町村		希望医療機関	
被接種者	住所	〒 - 稲沢市	
	電話番号	() -	
	ふりがな		明治・大正・昭和
	氏名	(男・女)	生年月日 年 月 日 (満 歳)

下記についてお読みいただき、確認後は□にレ点をお願いします。

- 転出された場合は、転出日以降連絡票が利用できません。
- 年度毎に申請が必要です。翌年度以降も広域予防接種事業を利用する場合は、再度申請が必要です。
- 申請した予防接種以外の予防接種を接種する場合は、新たに申請が必要です。
- 連絡票に記載された注意事項をよくお読みください。
- 必ず稲沢市の予診票をご使用ください。予診票は連絡票と一緒にお渡しします。
- 減免対象者は必ず申請時に必要書類を提出してください。申請後の変更はできません。

(市記入欄)

年 齢 項 目	必 要 書 類	自己負担額
<input type="checkbox"/> 接種日に65歳以上のかた		1,000円
<input type="checkbox"/> 接種日に60歳以上65歳未満で心臓、腎臓、呼吸器、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害のあるかた(身体障害者手帳1級程度)	身体障害者手帳	
<input type="checkbox"/> 上記の項目のいずれかに該当し、かつ生活保護世帯・市民税非課税世帯のかた	上記の書類に加え、 <input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書 <input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ用市民税非課税世帯証明書のいずれか	無料
<input type="checkbox"/> その他		無料

10月15日、発行日または対象年齢に達する日(誕生日の前日)のいずれか遅い日～当該年度1月31日

受付者:

不要・要