

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 住所 〒 —

氏名 (続柄)

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	☐ 申請者と同じ 〒 — 稲沢市	
	ふりがな		
	氏 名	☐ 申請者と同じ (男・女)	生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日 (満 歳)
	電話番号	☐ 申請者と同じ () —	

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。(接種された場合、全額自己負担です。)
- ☐ 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。
- ☐ 医療機関へ自己負担額をお支払いください。(一部のかたを除く)
- ☐ 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
☐ 接種日に65歳以上の方		
☐ 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	1,000円
☐ 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方	上記の書類に加え、 ☐ 生活保護受給証明書 ☐ 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

有効期間 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: (郵送) 不要・要