（別　紙）

愛知県広域予防接種申請書（Ｂ類疾病）

令和　　年　　月　　日

阿 久 比 町 長　　殿

申請者氏名

被接種者との続柄（　　）

住所　阿久比町

電話番号（　　）　　－

被接種者が、下記の予防接種を愛知県内の広域予防接種協力医療機関で受けることを申請します。なお、申請にあたっては、愛知県広域予防接種協力医療機関に、接種を希望する旨を伝え、接種の了承を得ています。

<table>
<tr><td>被接種者氏名</td><td colspan="3">生年月日</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="3">大正・昭和　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">住所（申請者と同じ場合は省略可）</td><td colspan="2">電話番号</td></tr>
<tr><td colspan="2">阿久比町</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="4">申請事由
□　阿久比町外の病院等で長期に入院治療を要し、町内の医療機関で接種を受けることが困難なため
□　かかりつけ医療機関が町外にあるため
□　町外施設に入所しているため（施設名　　）</td></tr>
<tr><td>希望する予防接種</td><td colspan="3">インフルエンザ ・ 高齢者肺炎球菌 ・ 新型コロナウイルス感染症 ・ 帯状疱疹</td></tr>
<tr><td>希望する
医療機関名</td><td></td><td>希望する医療機関
所在市町村</td><td></td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>申請受理
年月日</td><td>年　月　日</td><td>（承認・不承認）
決定年月日</td><td>年　月　日</td><td>担当者名</td></tr>
</table>