

(様式 1 - 1)

愛知県広域予防接種連絡票交付申請書

令和 年 月 日

(宛先) 岡 崎 市 長

申請者 (被接種者との続柄:)
(〒 -)

住 所

氏 名
(電話 -)

下記の理由により、岡崎市外で予防接種を受けたいので愛知県広域予防接種連絡票を交付してください。

記

被 接 種 者	住所	☐ 申請者と同じ (☒) 岡崎市		
	ふりがな 氏名		生年 月 日	明治 大正 年 月 日 昭和
予 防 接 種 の 種 類 ご希望の予防接種に○を付けてください		インフルエンザ・高齢者肺炎球菌・新型コロナ		
接種予定医療機関名 (市区町村名)		()		
岡 崎 市 外 で 接 種 を 希 望 す る 理 由 お よ び 滞 在 期 間		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 () 滞在期間 (予定) 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (〒 -) ☐ 被接種者住所と同じ (☒)		
滞 在 先		(電話)		
書 類 郵 送 先 ご希望の郵送先に○を付けてください		申請者住所・被接種者住所・滞在先住所・窓口交付		

※申請される予防接種の接種券を添付してください。

同意書

私は、予防接種の自己負担額判定のために、市担当者が世帯全員の市民税課税状況を閲覧することに同意します。

被接種者氏名

(※自署できない者は代筆者が本人名を署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)

代筆者氏名 (続柄)

※事務処理欄（記入しないでください。）

確認項目	☒
岡崎市民	☐
広域名簿	☐
同意日入力	☐
課税状況【課税・非課税】	