

| 課長 | 室長 | 係長 | 担当 |
|----|----|----|----|
|    |    |    |    |

インフルエンザ等予防接種  
予診票等交付申請書

令和 年 月 日

芦北町長 様

【申請者】

住 所 芦北町大字

氏 名 印

(被接種者との続柄： )

連 絡 先 ( - - )

(インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症) 予防接種の予診票等 (広域化接種・助成事業) の交付を申請します。

【被接種者 (接種を受ける人)】

|                      |                                                                                              |         |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 住 所                  | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ (チェックを入れた場合、住所の記入は不要です。)                                     |         |
|                      | 芦北町大字                                                                                        |         |
| 氏 名                  | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ (チェックを入れた場合、氏名の記入は不要です。)                                     |         |
|                      | ふりがな                                                                                         |         |
|                      | 氏 名                                                                                          |         |
| 生 年 月 日              | ( 大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 ) 年 月 日生                                                                 |         |
|                      | 予診票交付時点での年齢：満 ( 歳 ・ か月 )                                                                     |         |
| 接種医療機関名<br>(インフルエンザ) | 市<br>町<br>村                                                                                  | (医療機関名) |
| 接種医療機関名<br>(新型コロナ)   | <input type="checkbox"/> 上記と同じ (チェックを入れた場合、記入は不要です。)                                         |         |
|                      | 市<br>町<br>村                                                                                  | (医療機関名) |
| 申 請 理 由              | <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 施設等入所中 <input type="checkbox"/> かかりつけ医 |         |
|                      | <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                             |         |

|                                                                                                                                         |         |                                   |       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----------------------------------|-------|
| 健康福祉課、田浦支所、湯浦出張所、大野出張所、吉尾出張所 処理欄                                                                                                        |         |                                   |       |
| <input type="checkbox"/> 生保の確認 (該当： <input checked="" type="checkbox"/> ) <input type="checkbox"/> 障がい者手帳の写しを添付 (60～64歳の者で一定の障害がある場合のみ) |         |                                   |       |
| <input type="checkbox"/> 名簿への記入                                                                                                         |         | <input type="checkbox"/> 対応職員 ( ) |       |
| <input type="checkbox"/> 配布した様式番号                                                                                                       | インフルエンザ |                                   | 新型コロナ |