

様式第3-2 (第8条関係)

半田市広域予防接種承認申請書 (B類疾病)

被接種者住所	(〒475-) 半田市	電話番号	
フリガナ		生年月日	年 月 日 (満 歳)
被接種者氏名			
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()		

申請日	令和 年 月 日	希望市町村		希望医療機関(※1)	
接種可能期間(有効期限)	広域予防接種承認日～令和 年 月 日				
申請者氏名(被接種者と同じ場合は省略可)	(フリガナ)		被接種者との続柄()		
申請者住所(被接種者と同じ場合は省略可)	(〒475-) 半田市	(電話番号)			
希望する予防接種	インフルエンザ ・ 高齢者肺炎球菌(※2)				

※1 広域予防接種協力医療機関に限ります。

※2 定期予防接種対象年齢内かつ年度内の接種可能期間に接種を受けられるものに限ります。

半田市定期予防接種実施要綱第8条第1項に基づき、次のとおり広域予防接種の承認を申請します。については、市担当者が被接種者の住民登録情報及び予防接種履歴情報の確認調査を行うことに同意します。

また、接種費用免除区分(生活保護受給世帯又は市民税非課税世帯)にて申請する場合は、被接種者の免除条件についても、併せて確認調査を行うことに同意します。

なお、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律(平成25年法律第27号)第21条第1項の規定による情報提供ネットワークシステムを使用し、地方税関係情報の確認調査を行う場合の同意については、別紙のとおりです。

●接種費用免除区分

市民税非課税世帯 生活保護受給世帯

職員	
確認印	