

(宛先) 愛 西 市 長 様

愛知県広域予防接種連絡票交付申請書 (A類疾病)

愛知県広域予防接種事業による予防接種を希望しますので、次のとおり愛知県広域予防接種連絡票の発行を申請します。

（被 お 子 接 種 ま ） 者	住 所	〒 愛西市			
	ふりがな				
	氏 名				
	生 年 月 日	平成・令和 年 月 日 (満 歳 月)	( 男・女 )		
	申 請 理 由 ( ○ で 囲 む )	1. かかりつけ医	2. 長期入院治療		
（申 保 護 請 者 ） 者	住 所	<input type="checkbox"/> 被接種者住所に同じ <input type="checkbox"/> その他 〒 -			
	ふりがな				
	氏 名	(被接種者との続柄)			
	電 話 番 号	- - ※日中に繋がる電話番号をご記入ください。			
予 防 接 種	Hib (ヒブ)	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 追加
	小児用肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 追加
	B型肝炎	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	
	ロタウイルス (ロタリックス・ロタテック)	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	※ロタテックのみ
	4種混合	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 1期追加
	5種混合	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 1期追加
	結核(BCG)	<input type="checkbox"/> 1回			
	麻しん風しん混合(MR)	<input type="checkbox"/> 1期	<input type="checkbox"/> 2期		
	麻しん	<input type="checkbox"/> 1期	<input type="checkbox"/> 2期		
	風しん	<input type="checkbox"/> 1期	<input type="checkbox"/> 2期		
	水痘	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目		
	日本脳炎	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 1期追加	<input type="checkbox"/> 2期
	2種混合	<input type="checkbox"/> 2期			
	子宮頸がん	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	
	三種混合	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 1期追加
不活化ポリオ	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 追加	
医 療 機 関 接 種 希 望	名 称				
	所 在 市 町 村	市・郡 区 (名古屋市のみ)			
連 絡 票 送 付 先 (いずれかに☑をつける) ※チェック未記入の場合、 被接種者住所に送付します。		<input type="checkbox"/> 被接種者住所 <input type="checkbox"/> 申請者住所 <input type="checkbox"/> 滞在先住所 (※郵便物が届く住所をご記入ください。) 〒 - ( 様方) <input type="checkbox"/> 窓口で受取(電話連絡：要 ( - - )・不要) ※下線に☑がある場合、本人又は同一世帯の親族以外の方が申請し、住所地以外へ送付希望または窓口受取の場合は、委任状と申請者の本人確認書類のコピーを添付または持参してください。			
連 絡 事 項		①申請後、発行までに2週間程度かかります。 ②接種が終了するまで、保管してください。 ③転出した場合は無効となるため、転入先で相談・手続きをしてください。 ④年度内に予防接種が終了しない場合は翌年度に再度申請が必要です。 ⑤連絡票の内容が変更した場合は、再度申請が必要です。			

受付担当	受付番号
	-