

愛知県広域予防接種連絡票交付申請書（A類疾病）

記入例（18歳以上）

手続きの流れ

1.希望する医療機関に接種が可能か確認してください。

2.この申請書を安城市保健センターに提出してください。

3.提出後、2週間程度で保健センターから連絡票等が届きます。

4.連絡票等を医療機関に提出し予防接種を受けます。

安城市長

安城市で実施する予防接種を、愛知県広域予防接種事業協力医療機関にて接種することを希望するため、下記のとおり申請します。なお、接種予定の医療機関には、事前に接種を受け入れ可能であることを確認し了解を得ています。

□

※該当若しくは希望する□に☑を付けてください。

令和 年 月 日

|                                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 申請者<br>(18歳未満の場合は、保護者)                 | ふりがな氏名                                                                                                                                                                                                                         | あんじょう はなこ<br>安城 花子<br>( 本人 )                                                                                                                      |                                                                                                                                                                          |
|                                        | 住所                                                                                                                                                                                                                             | 〒 446 - 0045<br>安城市 横山町毛賀地 106番地 1<br>電話 ( 0566 - 76 - 1133 )                                                                                     |                                                                                                                                                                          |
| 被接種者<br>(予防接種を受ける人)                    | ふりがな氏名                                                                                                                                                                                                                         | あんじょう たろう<br>安城 太郎                                                                                                                                | 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女<br><input checked="" type="checkbox"/> 平成 年 月 日<br>生年月日 <input type="checkbox"/> 令和<br>( 18 歳 1 か月 ) |
|                                        | 住民登録のある住所                                                                                                                                                                                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ ( <input checked="" type="checkbox"/> ) 同じでない場合は、記入してください。<br>〒 -<br>安城市                               |                                                                                                                                                                          |
| 滞在先<br>(被接種者住所と同じであれば、記入不要)            | 〒 -<br>様方 電話 ( - - )                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                          |
| 滞在予定期間                                 | <input type="checkbox"/> 予定あり ( 年 月頃まで ) <input type="checkbox"/> 未定                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                          |
| 予防接種の種類<br><br>※希望するワクチンと回数に☑を付けてください。 | <input type="checkbox"/> ロタウイルス感染症<br>[ <input type="checkbox"/> 1回目から始める <input type="checkbox"/> ロタリックス2回目のみ <input type="checkbox"/> ロタテック2回目のみ <input type="checkbox"/> ロタテック2回目と3回目 <input type="checkbox"/> ロタテック3回目のみ ] |                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                          |
|                                        | <input type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌感染症 【 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加 】                                                                     |                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                          |
|                                        | <input type="checkbox"/> B型肝炎 【 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 】                                                                                                       |                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                          |
|                                        | <input type="checkbox"/> BCG                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                          |
|                                        | <input type="checkbox"/> 5種混合第1期 【 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加 】                                                                        |                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                          |
|                                        | <input type="checkbox"/> 4種混合第1期 【 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加 】                                                                        |                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                          |
|                                        | 【記入にあたっての注意事項】<br>1回の申請でできるのは、3月末までの分です。翌年度以降に接種するものは、改めて申請が必要です。(申請時期については、保健センターへ問い合わせください。)<br>消せるペン及び修正液の使用はできません。訂正箇所は二重線を引いてください。                                                                                        |                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                          |
|                                        | <input type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌感染症(13価) 【 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加 】                                                                |                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                          |
|                                        | <input type="checkbox"/> 日本脳炎 第1期 【 <input type="checkbox"/> 初回1回目 <input type="checkbox"/> 初回2回目 <input type="checkbox"/> 追加 】<br>【 <input type="checkbox"/> 第2期 】                                                            |                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                          |
|                                        | <input type="checkbox"/> 2種混合第2期                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                          |
|                                        | <input checked="" type="checkbox"/> ヒトパピローウイルス感染症(子宮頸がん) 【 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 】                                                                            |                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                          |
|                                        | 医療機関名: △△病院                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                          |
|                                        | 所在する市町村名: △△市 電話 ( 0123 - 45 - 6789 )                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                          |
|                                        | 申請理由                                                                                                                                                                                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> かかりつけ医が市外 <input type="checkbox"/> 長期入院治療 <input type="checkbox"/> 里帰り出産等<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |                                                                                                                                                                          |
| 連絡票送付先                                 | <input checked="" type="checkbox"/> 申請者住所 <input type="checkbox"/> 被接種者住所 <input type="checkbox"/> 滞在先住所 <input type="checkbox"/> 窓口交付                                                                                         |                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                          |

※おたふく・インフルエンザ（高齢者に対するものを除く。）等は、予防接種法に基づく種類ではないので広域予防接種の対象外です。申請は年度ごとに必要です。翌年度の分は4月以降に改めて申請してください。

《問い合わせ・申請書提出先》 安城市保健センター（予防接種担当）

〒446-0045 安城市横山町下毛賀知106番地1 電話：0566-76-1133

<事務処理欄>

受付者：