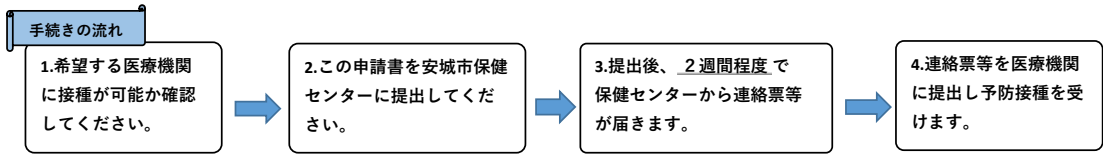


愛知県広域予防接種連絡票交付申請書（A類疾病）

令和7年度



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 (18歳未満の場合は、保護者)	ふりがな氏名	続柄 ()		
	住所	〒 - 電話 (- -)		
被接種者 (予防接種を受ける人)	ふりがな氏名	性別 □男 □女 生年月日 □平成 年 月 日 □令和 (歳 か月)		
	住民登録のある住所		□申請者と同じ(□に☑) 同じでない場合は、記入してください。 〒 - 安城市	
滞在先 (被接種者住所と同じであれば、記入不要)	〒 - 様方 電話 (- -)			
滞在予定期間	□予定あり (年 月頃まで) □未定			
予防接種の種類 ※希望するワクチンと回数に☑を付けてください。	□ロタウイルス感染症 [□1回目から始める □2回目のみ □3回目と2回目のみ □2回目と3回目 □3回目のみ]			
	□小児の肺炎球菌感染症 【 □1回目 □2回目 □3回目 □追加 】			
	□B型肝炎 【 □1回目 □2回目 □3回目 】			
	□BCG			
	□5種混合第1期 【 □1回目 □2回目 □3回目 □追加 】			
	□4種混合第1期 【 □1回目 □2回目 □3回目 □追加 】			
	□ヒブ感染症(Hib) 【 □1回目 □2回目 □3回目 □追加 】			
	□3種混合第1期 【 □1回目 □2回目 □3回目 □追加 】			
	□不活化ポリオ 【 □1回目 □2回目 □3回目 □追加 】			
	□麻しん風しん混合 【 □第1期 □第2期 】			
	□水痘 【 □1回目 □2回目 】			
	□日本脳炎 第1期【 □初回1回目 □初回2回目 □追加 】 【 □第2期 】			
	□2種混合第2期			
	□ヒパビロ-ウイルス感染症(子宮頸がん) 【 □1回目 □2回目 □3回目 】			
接種する医療機関	医療機関名：			
	所在する市町村名：		電話 (- -)	
申請理由	□かかりつけ医が市外 □長期入院治療 □里帰り出産等 □その他 ()			
	連絡票送付先 □申請者住所 □被接種者住所 □滞在先住所 □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。翌年度の方は4月以降に改めて申請してください。

<事務処理欄>

《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

受付者：