

記入例

愛知県広域予防接種連絡票交付申請書（風しん第5期）

消せるペン使用不可
修正液の使用不可

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

安城市で実施する風しん第5期予防接種を、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。また、申請の審査に必要な場合は、市長が私の過去の抗体検査の内容について医療機関に問い合わせることに承諾します。

※該当若しくは希望する□に☒を付けてください。

● 年 ● 月 ● 日

申 請 者	ふりがな 氏 名	あんじょう たろう 安城 太郎 続 柄 (本人)		
	住 所	〒446 - 0045 安城市横山町下毛賀知106番地1 電話 (●●●● - ●● - ●●●●)		
被 接 種 者 (予防接種を受ける人)	ふりがな 氏 名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ。 ※同じでない場合は、記入してください。		性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	生年月日	● 年 ● 月 ● 日 (●● 歳)		
	住民登録のある住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ。 ※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)	〒 - 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	風しん第5期			
接種する医療機関	医療機関名： △△病院			
	所在する市町村名： △△市 電話 (●●●● - ●● - ●●●●)			
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"/> 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			

《添付書類》抗体検査によって、風しんの抗体価が不十分であることが分かるもの（写し可） ☐

<事務処理欄>

※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。

受付者：