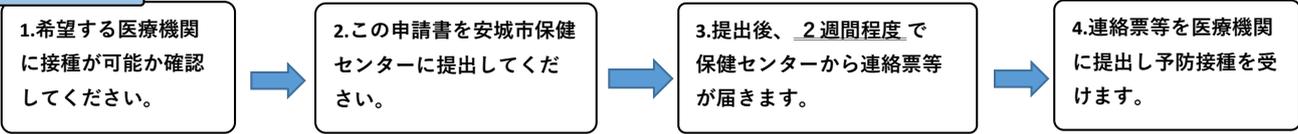


愛知県広域予防接種連絡票交付申請書 (A類疾病)

記入例 (18歳未満)

手続きの流れ



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。

※該当し、又は希望する□にを付けてください。

令和 ● 年 5 月 10 日

申請者 <small>(未成年者の場合は保護者)</small>	ふりがな 氏名	あんじょう はなこ 安城 花子		続柄 (母)
	現住所	〒 446 - 0045 安城市 横山町毛賀地106番地1 電話 (0566 - 76 - 1133)		
被接種者 <small>(予防接種を受ける人)</small>	ふりがな 氏名	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 平成 ● 年 4 月 2 日 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 (0 歳 1 か月)	
	現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ (□に <input checked="" type="checkbox"/>) 同じでない場合は、記入してください。 〒 - 安城市		
予防接種の種類 ※希望するワクチンと回数に <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください。	<input checked="" type="checkbox"/> ロタウイルス <input checked="" type="checkbox"/> 1回目から始める <input type="checkbox"/> ロタックス2回のみ <input type="checkbox"/> ロタック2回のみ <input type="checkbox"/> ロタック2回目と3回目 <input type="checkbox"/> ロタック3回のみ			
	<input checked="" type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌 【 <input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目 <input checked="" type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 4回目 】			
	<input checked="" type="checkbox"/> B型肝炎 【 <input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目 <input checked="" type="checkbox"/> 3回目 】			
	<input checked="" type="checkbox"/> BCG			
	<input checked="" type="checkbox"/> 五種混合1期 【 <input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目 <input checked="" type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加 】			
	<input type="checkbox"/> 四種混合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"/> ヒブ 【 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 4回目 】			
	<input type="checkbox"/> 三種混合1期			
	<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ			
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん			
<input type="checkbox"/> 水痘				
<input type="checkbox"/> 日本脳炎				
<input type="checkbox"/> 二種混合2期				
<input type="checkbox"/> ヒトパピローマ(子宮頸がん) 【 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 】				
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 (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 <input type="checkbox"/> その他 ()			
滞在先	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ (□に <input checked="" type="checkbox"/>) 同じでない場合は、記入してください。 〒 - 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			
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			

【記入にあたっての注意事項】
 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。)
 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。

※おたふく・インフルエンザ等は、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 安城市横山町毛賀知106番地1 電話: 0566-76-1133

<事務処理欄>

受付者: