

愛知県広域予防接種連絡票交付申請書 (RSウイルス感染症)

**記入例**

**[ご記入にあたって]**  
 消せるペン及び修正テープ等は使用できません。内容の訂正は、二重線で訂正してください。  
 3月末までの分が申請できます。翌年4月以降の分は改めて申請してください。

内容を確認の上、  
 ✓を入れてください。

安城市で実施するRSウイルス感染症予防接種を、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、このように申請します。  
 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、市長が私の妊娠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□にレ印を付けてください。 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

申請者	ふりがな	あんじょう こうこ		続柄 (本人)
	氏名	安城 幸子		
	住所	〒 446-0045 安城市 横山町下毛賀知106番地1 電話 (0566-76-1133)		
被接種者 (予防接種を受ける人)	ふりがな	☑申請者と同じ ※同じでない場合は、記入してください。		
	氏名			
	生年月日	(昭和)平成) ○年○月○日 (○○歳)		
	出産予定日	※妊娠40週0日の日付を記入してください。帝王切開等の予定日ではありません。 □□ ○年 5 月 5 日		
	住民登録のある住所	☑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	□予定あり ( 年 月頃まで ) □未定			
予防接種の種類	RSウイルス感染症			
接種する医療機関	医療機関名	○○○○クリニック		
	所在する市町村名	○○市	電話 (0123-4567-8910)	
申請理由	☑かかりつけ医が市外 □入院中 □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			

※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。

<事務処理欄>  
 受付者: