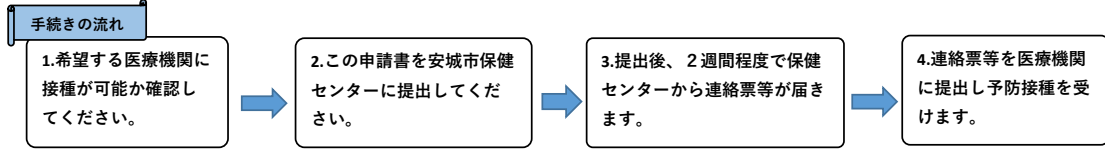


愛知県広域予防接種連絡票交付申請書 (A類疾病)

令和8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□にレ印を付けてください。

		年 月 日	
申請者 (被扶養者の場合は、保護者)	ふりがな	続柄 ()	
	氏名		
	住所	〒 - 電話 (- -)	
被接種者 (予防接種を受ける人)	ふりがな	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 (歳 か月)
	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)	〒 - 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 ※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		
	☐1回目から始める ☐ロリックス2回のみ ☐ロテック2回のみ ☐ロテック2回目と3回目 ☐ロテック3回のみ		
	<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"/> ヒブ感染症 (Hib) 【 <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"/> 3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"/> 不活化ポリオ 【 <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"/> 麻しん風しん混合 【 <input type="checkbox"/> 第1期 <input type="checkbox"/> 第2期 】		
	<input type="checkbox"/> 水痘 【 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 】		
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎 【第1期： <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 追加】 【 <input type="checkbox"/> 第2期】		
	<input type="checkbox"/> 2種混合 第2期		
<input type="checkbox"/> ヒトパピローマウイルス (HPV) 感染症 【 <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： 所在する市町村名： 電話 (- -)		
申請理由	<input 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 ()		
連絡票送付先	<input 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。翌年度の方は、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：