## 愛知県広域予防接種連絡票交付申請書

(宛先)	岡	崎	市	長					令和	年	月	日
						申請者住	(〒 所	との続柄 -	)	)		
						氏	名				<b>※署</b> くだ	名して さい。
						電	話					

岡崎市で実施する予防接種を、愛知県広域予防接種事業に協力する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、事前に接種受け入れ可能であることを確認し了解を得ています。

	住 所	□ 申請者と同じ (□に☑)
被接種者		岡崎市
被接種者	<sup>ふりがな</sup> 氏名	生年 月 日 年 月 日
/D =## +#	住 所	□ 申請者と同じ(□に☑)
保 護 者	<sup>ふりがな</sup> 氏名	
		□ロタ (1回目・2回目・3回目)
~ 40 ) 0	L. 11	□ヒブ (1回目・2回目・3回目・追加)
希望する予覧		□小児用肺炎球菌 (1回目・2回目・3回目・追加)
連絡票の期限が発行		□ B型肝炎 (1回目・2回目・3回目)
ため、その期間内に打 医療機関で接種を希望		□(五種・四混・三混)混合 (1回目・2回目・3回目・追加)
接種に図をいれ、必要		□ポリオ (1回目・2回目・3回目・追加)
に		□麻しん風しん混合 (1期・2期)
四種・三種混合につい		□水痘 (1回目・2回目)
する予防接種のいず	れかに○を	□日本脳炎 (1期[1回目・2回目・追加]・2期)
つけてください。	J	□二種混合
		□子宮頸がん (1回目・2回目・3回目)
		□BCG
接種予定医療	機関名	
(所在する市区町	丁村名)	(
市外で接種す	る理由	□かかりつけ医 □長期入院治療 □里帰り(出産・その他)
いずれかに☑をいれて	てください	□家庭内暴力  □その他(  )
		(〒 一 ) □ 被接種者住所と同じ(□に☑)
滞在先の住所・		₩十 (唐·元 )
滞在予定	期間	様方 (電話 )
書 類 郵 いずれかに☑をいれて	送 : :< : : : : : : : : : : : : : : : :	□申請者住所 □被接種者住所 □滞在先住所 □窓口交付
添付書 添付後、右の ☑を入れてくださ 添付書類に不備があ 受理ができません	い。 る場合	□ 母子健康手帳「出生届出済証明」のページのコピー □ 母子健康手帳「予防接種の記録」のページのコピー ・すべて空欄のページも必ずコピーして添付してください。 ・予防接種カード(海外様式)のコピーでも可 □ インフルエンザ以外の接種済証( 有 ・ 無 ) ・有の場合は接種済証のコピーを添付してください。

※おたふくかぜを市外で接種希望の場合は、別に『予防接種依頼申請書』が必要です。