

愛知県広域予防接種連絡票交付申請書

令和 年 月 日

(宛先) 岡 崎 市 長

申請者（被接種者との続柄： ）

(〒 - )

住 所

氏 名

※署名して  
ください。

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。

被 接 種 者	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ (□に☑) 岡崎市		
	ふりがな 氏 名	生年 月 日	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
保 護 者	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ (□に☑)		
	ふりがな 氏 名			
希望する予防接種 (連絡票の期限が発行日～3/31のため、その期間内に接種予定医療機関で接種を希望する予防接種に☑をいれ、必要な接種回数に「〇」を付けてください。)	<input type="checkbox"/> ロタ	(1回目・2回目・3回目)		
	<input type="checkbox"/> ヒブ	(1回目・2回目・3回目・追加)		
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌	(1回目・2回目・3回目・追加)		
	<input type="checkbox"/> B型肝炎	(1回目・2回目・3回目)		
	<input type="checkbox"/> 四種混合	(1回目・2回目・3回目・追加)		
	<input type="checkbox"/> 三種混合	(1回目・2回目・3回目・追加)		
	<input type="checkbox"/> ポリオ	(1回目・2回目・3回目・追加)		
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合	(第1期・第2期)		
	<input type="checkbox"/> 水痘	(1回目・2回目)		
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	(第1期1回目・第1期2回目・第1期追加・第2期)		
	<input type="checkbox"/> 二種混合			
	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん	(1回目・2回目・3回目)		
<input type="checkbox"/> BCG				
接種予定医療機関名 (所在する市区町村名)	( )			
市外で接種する理由 いずれかに☑をいれてください	<input type="checkbox"/> かかりつけ医	<input type="checkbox"/> 長期入院治療	<input type="checkbox"/> 里帰り (出産・その他)	
	<input type="checkbox"/> 家庭内暴力	<input type="checkbox"/> その他 ( )		
滞在先の住所・世帯主名 滞 在 予 定 期 間	(〒 - )	<input type="checkbox"/> 被接種者住所と同じ (□に☑)		
	様方 (電話 )	滞在予定期間：令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
書 類 郵 送 先 いずれかに☑をいれてください	<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

- \* 母子健康手帳の出生届出済証明及び予防接種の記録 (全て空欄の場合を含む) のコピーを添付して下さい。
- \* 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。