

発行日～3月31日の期間内に
接種予定医療機関で接種を希望
する場合に申請できます。

3月31日以降に接種をする場
合は再度申請が必要です。

(宛先)岡崎市

愛知県広域予防接種連絡票交付申請書

R8年度
RS広域

令和〇年〇月〇日

申請者（被接種者との続柄： **本人**）

(〒〇〇〇-〇〇〇〇)

岡崎市〇〇町〇丁目〇番

書類に不備があった場合等
にご連絡いたしますので、に
中に連絡の取りやすい電話
番号をご記入ください。

氏名 **岡崎 花子**

電話 **090-0000-0000**

障がい等のために申請者が
自署できない場合は代筆可。
(隣に代筆者の氏名・予防接
種を受けるかたとの続柄を
記入してください)

RSウイルス予防接種を、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 ☒) 岡崎市
予防接種を受けるかたの氏名	おかざき はなこ ふりがなを忘れずに 生年月日 □昭和 □平成 〇年 〇月 〇日
申請日時時点で帝王切開の実施予定日が決まっている場合のみ ご記入ください。	令和 〇年 〇月 〇日 (〇週 〇日)
帝王切開予定日 (該当者のみ記入)	令和 〇年 〇月 〇日 ※申請日時時点で帝王切開の実施予定日が決まっている場合はご記入ください。
接種予定医療機関名 (所在する市区町村名)	〇〇マタニティクリニック 市町村名 〇〇 市
岡崎市外で接種を希望する理由	☒ かかりつけ医 □長期入院治療 □里帰り (出産・その他) □家庭内暴力 □その他 ()
滞在先の世帯主名はフルネーム で記入。 電話番号は、滞在中に連絡が取 れる番号を記入 (携帯でも可)	(〒 -) ☒ 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。	☒ 申請者住所 □被接種者住所 □滞在先住所 □窓口交付
添付書類 添付後、右の□に ☒ を入れてください。 添付書類に不備がある場 合は受理できません。	※母子健康手帳は今回の妊娠のものをご用意ください。 ☒ 母子健康手帳の表紙のコピー ☒ 母子健康手帳「妊娠中の経過」のページのコピー ☒ 母子健康手帳「予防接種の記録 (5)」のページ ・空欄の場合も添付してください。 ☒ 妊娠中に接種した予防接種の接種済証 (有 ・無) ・有の場合は接種済証のコピーを添付してください。
添付書類がすべてそろって いないと受理できませんの でご注意ください。	☒ 今回の妊娠中にRSウイルス予防接種を接種していない (今回の妊娠中にRSウイルス予防接種を接種している場合、 申請できません。)
必ずお読みいただき、ご理解いただけま したら□に ☒ を入れてください。	☒ 希望する医療機関、住所、氏名などが変更になった場合等につい ては再度岡崎市に申請が必要になります。