

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)岡崎市長

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

氏名 **岡崎 花子**

電話 **090-0000-0000**

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

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。

被接種者	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ(□に <input checked="" type="checkbox"/> ) 岡崎市	
	ふりがな氏名	おかざき <b>花子</b> (ふりがなを忘れずに)	生年月日 □昭和 □平成 〇年 〇月 〇日
予防接種を受けるかたの氏名	<b>岡崎 花子</b>		
出産予定日(申請日時点での妊娠週数)	令和 〇年 〇月 〇日 ( 〇週 〇日)		
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)		申請日時点で妊娠36週6日を過ぎているかたは申請できません。
岡崎市外で接種を希望する理由	<input checked="" type="checkbox"/> かかりつけ医 □長期入院治療 □里帰り(出産・その他) <input type="checkbox"/> 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)	(〒 - )	<input checked="" type="checkbox"/> 被接種者住所と同じ(□に <input checked="" type="checkbox"/> )	
書類郵送先(いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> をいれてください。)	様方(電話 ) 滞在予定期間: 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
添付書類(添付後、右の□に <input checked="" type="checkbox"/> 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)	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者住所 □被接種者住所 □滞在先住所 □窓口交付		
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。	※母子健康手帳は今回の妊娠のものをご用意ください。 <input checked="" type="checkbox"/> 母子健康手帳の表紙のコピー <input checked="" type="checkbox"/> 母子健康手帳「妊娠中の経過」のページのコピー <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 妊娠中に接種した予防接種の接種済証( <b>有</b> ・無 ) ・有の場合は接種済証のコピーを添付してください。		
	<input checked="" type="checkbox"/> 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。)		