

愛知県広域予防接種連絡票交付申請書

RS
広域

申請日：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

R S 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 (予防接種を受けるかた)	住 所	☐ 申請者と同じ (□に☑) 岡崎市	
	ふりがな 氏 名		生年月日
			☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日
出産予定日 (申請日時点での妊娠週数)		令和 年 月 日 (週 日)	
帝王切開予定日 (該当者のみ記入)		令和 年 月 日 ※申請日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)		〔 市区町村名 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 ()	
滞在先の住所・世帯主名 滞在予定期間		(〒 -) ☐ 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 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)」のページのコピー ・空欄の場合も添付してください。 ☐ 今回の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。	
ご注意事項 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。		☐ 今回の妊娠中にR S ウイルス予防接種を接種していない (今回の妊娠中にR S ウイルス予防接種を接種しているかたは 申請できません。) ☐ 希望する医療機関、住所、氏名などが変更と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。	