

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

※署名して

氏 名

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	☐ 申請者と同じ（ ☒ に） 岡崎市		
	ふりがな氏名		生年月日	☐ 平成 年 月 日 ☐ 令和 年 月 日
保護者	住所	☐ 申請者と同じ（ ☒ に）		
	ふりがな氏名			
希望する予防接種 <u>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「○」を付けてください。五種・四種・三種混合については、希望する予防接種のいずれかに○をつけてください。</u>		☐ ロタ	(1回目・2回目・3回目)	
		☐ ヒブ	(1回目・2回目・3回目・追加)	
		☐ 小児用肺炎球菌	(1回目・2回目・3回目・追加)	
		☐ B型肝炎	(1回目・2回目・3回目)	
		☐ (五種・四混・三混)混合	(1回目・2回目・3回目・追加)	
		☐ ポリオ	(1回目・2回目・3回目・追加)	
		☐ 麻しん風しん混合	(1期・2期)	
		☐ 水痘	(1回目・2回目)	
		☐ 日本脳炎	(1期 [1回目・2回目・追加] ・2期)	
		☐ 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 (所在する市区町村名)		()		
市外で接種する理由 いずれかに☑をいれてください		☐ 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ができません。		☐ 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。