

愛知県広域予防接種連絡票交付申請書

令和 〇年 〇月 〇日

(宛先) 岡 崎 市 長

申請者 (被接種者との続柄: 母)

(〒 444 - 8545)

住 所 岡崎市若宮町2丁目1番地1 げんきアパート 201号室

氏 名 岡崎 花子

電 話 090-1234-5678

※署名して

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)

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
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

予防接種を受ける
かたの氏名

住 所

☒ 申請者と同じ (□に☑)

岡崎市

ふりがな
氏 名おかざき たろう
岡崎 太郎

ふりがなを忘れずに

☐ 平成 ☒ 令和
〇年〇月 〇日

保 護 者

住 所

☒ 申請者と同じ (□に☑)ふりがな
氏 名おかざき はなこ
岡崎 花子

ふりがなを忘れずに

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。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〇を
付けてください。

☒ 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回目・2回目・3回目・追加)☐ 水痘☐ 日本脳炎☐ 二種混合☐ 子宮頸がん☒ BCG

発行日~3/31の期間内に接種予定医療機関で接
種を希望するものしか申請できません。
分からない場合は、接種予定の医療機関または
岡崎市保健所へご相談ください。

※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。

接 種 予 定 医 療 機 関 名
(所在する市区町村名)

〇〇こどもクリニック

(〇〇市)

滞在先の世帯主名はフルネー
ムで記入。
電話番号は、滞在中に保護者と
連絡が取れる番号を記入(携帯
でも可)。

☒ 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 ()

(〒 -)

☒ 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

郵送先もいずれかに
チェック

書 類 郵 送 先

☒ 申請者住所 ☐ 被接種者住所 ☐ 滞在先住所 ☐ 窓口交付

添付書類がすべて揃っていないと受理できませんのでご注
意ください。

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。

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。

☒ 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。