

(宛先) 名古屋市長

(風しん第 5 期) 愛知県広域予防接種連絡票発行申請書

県内市外での予防接種を希望しますので、次のとおり愛知県広域予防接種連絡票の発行を申請します。

(予防接種を受ける人)	住民登録住所	〒 - 区
	ふりがな	
	氏名	
	生年月日	昭和 年 月 日 ※昭和 37 年 4 月 2 日～昭和 54 年 4 月 1 日生まれの男性が対象です。
	電話番号	- - ※日中に繋がる連絡先をご記入ください。
	抗体検査について	以下の①及び②の両方に当てはまる方が本事業の対象です。 <input type="checkbox"/> ① 抗体検査を令和 7 年 3 月末までに実施した <input type="checkbox"/> ② ①で実施した抗体検査の結果、抗体が不十分であった (確認後 <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください)
予防接種について	以下に当てはまる方が本事業の対象です。 <input type="checkbox"/> これまでに風しん無料クーポン券を利用して、予防接種を受けたことがない (確認後 <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください)	
添付書類	【転入等で名古屋市の風しん無料クーポン券等を利用せず、抗体検査を実施した方のみ】 <input type="checkbox"/> 令和 7 年 3 月末までに実施した抗体検査の結果の写し ※氏名、検査日、抗体検査の結果が 1 枚に写るように印刷してください。	
申請者	住所	<input type="checkbox"/> 上記住所と同じ 〒 -
	氏名	<input type="checkbox"/> 上記氏名と同じ (被接種者との続柄)
	電話番号	<input type="checkbox"/> 上記電話番号と同じ - - ※日中に繋がる連絡先をご記入ください。
医療機関希望	事前確認	<input type="checkbox"/> 医療機関に受け入れを確認しました。(確認後 <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください)
	名称	
	所在地	〒 - 愛知県 市・郡
	電話番号	- -
連絡票送付先 (いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください) ※ <input checked="" type="checkbox"/> がない場合、被接種者住所に送付します。	<input type="checkbox"/> 被接種者住所 <input type="checkbox"/> 申請者住所 <input type="checkbox"/> 送付先住所 (※郵便物が届く住所をご記入ください。) 〒 - (様方)	

※連絡票の発行までに 3 週間程度かかります。

《名古屋市記入欄》

受付番号	- -	
備考		