

(宛先) 名古屋市長

(A類疾病) 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。

被 お 子 さ 種 ま 者	住民登録住所	〒 ー ー 区		
	ふりがな			
	氏名			
	生年月日	平成・令和 年 月 日(満 歳 か月)	(男・女)	
申 (保 護 請 者 者	住所	<input type="checkbox"/> 被接種者住所に同じ <input type="checkbox"/> その他 〒 ー ー		
	氏名	(被接種者との続柄)		
	電話番号	ー ー ※日中に繋がる電話番号をご記入ください		
予 防 接 種	※3月31日までに受ける予防接種について、該当するところに☑を入れてください。 ※申請は年度毎に必要です。翌年度接種分は4月以降に改めて申請してください。	ロタウイルス どちらか1種類を選択	ロタリックス	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目
			ロタテック	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目
		B型肝炎	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目	
		小児肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加接種	
		五種混合	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加接種	
		BCG	<input type="checkbox"/> BCG	
		麻しん・風しん(MR)	<input type="checkbox"/> 1期 <input type="checkbox"/> 2期	
		水痘	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目	
		日本脳炎	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 追加接種 <input type="checkbox"/> 2期	
		二種混合(DT)	<input type="checkbox"/> 二種混合(DT)	
		子宮頸がん(シルガード9)	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目	
		ヒブ	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加接種	
		三種混合	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加接種	
不活化ポリオ	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加接種			
接 種 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☑を入れてください)		
	名称			
	所在地	〒 ー ー 愛知県 市・郡		
	電話番号	ー ー		
連 絡 票 送 付 先 (いずれかに☑を入れてください) ※☑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。) 〒 ー ー (様方)			
添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳の1ページ目(出生届出済証明の記載がある箇所) ※母子健康手帳の再発行等により「出生届出済証明」に記載がない場合は、母子健康手帳の表紙(子の氏名が記載されていること)を添付してください。 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳の予防接種全記録(1)~(5) (空欄部分もコピーをしてください) ※日本脳炎(第2期)、DTなど離れたページにある場合があります。			

※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	08 ー ー	
備 考		