

様式第1号

令和 年 月 日

(あて先) 名古屋市長

令和4年度 愛知県広域予防接種連絡票発行申請書 (A類疾病)

愛知県広域予防接種事業による名古屋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 種 ま ） 者	住 所	〒 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"/> 被接種者住所と同じ <input type="checkbox"/> その他 〒 区	
	氏 名	(被接種者との続柄)	
	電 話 番 号	— — ※日中に繋がる電話番号をご記入ください。	
予 防 接 種	※ロタウイルス はどちらのワ クチンか医療 機関へ確認し てください。 ※2023年 3月31日 までに受ける 予防接種を ○で囲む ※申請は年度 ごとに必要 です。	ロタウイルス (ロタリックス) (1回目 ・ 2回目)	
		ロタウイルス (ロタテック) (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目)	
		ヒ ブ (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加接種)	
		小児肺炎球菌 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加接種)	
		BCG	
		B型肝炎 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目)	
		四種混合 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加接種)	
		D P T (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加接種)	
		不活化ポリオ (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加接種)	
		MR1期 ・ MR2期 ・ 水痘 (1回目 ・ 2回目) ・ DT	
日本脳炎 (1回目 ・ 2回目 ・ 追加接種 ・ 2期)			
子宮頸がん (サーバリックス) (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目)			
子宮頸がん (ガーダシル) (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目)			
接 種 希 望 医 療 機 関	名 称		
	所 在 地	〒 市・郡	
	電 話 番 号	— — <input type="checkbox"/> 医療機関に受け入れを確認しました。	
連 絡 票 送 付 先 (いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> をつける) ※チェック未記入の場合、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"/> 滞在先住所 (※郵便物が届く住所をご記入ください。) 〒 区 (様方)		
添 付 書 類 ①～③全て必要です。	①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) ②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。 ③子ども医療証又は健康保険証のコピー (名古屋市の住所の記載があるもの)		

※該当するところにを入れてください。 ※翌年度接種分は4月以降に改めて申請してください。

《名古屋市記入欄》

受 付 番 号	04 — —
備 考	