

様式第1号

年 月 日

(あて先) 名古屋市長

令和7年度(A類疾病)愛知県広域予防接種連絡票発行申請書

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 接 種 さ ま 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"/> 被接種者住所に同じ <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	※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"/> DT	
		子宮頸がん いずれか1種類選択	サーバリックス <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 ガーダシル <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 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
			四種混合	<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
		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 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☑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"/> 送付先住所(※郵便物が届く住所をご記入ください。) 〒 ( 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子ども医療証又はマイナンバーカード等のコピー(名古屋市の住所の記載があるもの)			

《名古屋市記入欄》

受 付 番 号	07 — —	
備 考		