

様式第 1 号

年 月 日

(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 接 種 さ 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	☐ 被接種者住所に同じ ☐ 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 ロタテック	☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目
		B型肝炎	☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目	
		小児肺炎球菌	☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目 ☐ 追加接種	
		五種混合	☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目 ☐ 追加接種	
		B C G	☐ B C G	
		麻しん・風しん (MR)	☐ 1期 ☐ 2期	
		水痘	☐ 1回目 ☐ 2回目	
		日本脳炎	☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 追加接種 ☐ 2期	
		二種混合 (D T)	☐ D T	
		子宮頸がん いずれか1種類選択	サーバリックス ガーダシル シルガード9	☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目 ☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目 ☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目
			ヒブ	☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目 ☐ 追加接種
			四種混合	☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目 ☐ 追加接種
		三種混合	☐ 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	
		接種希望 医療機関	名 称	
所 在 地	〒 市・郡			
電 話 番 号	☐ 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) ※☑がない場合、被接種者住所 に送付します。		☐ 被接種者住所 ☐ 申請者住所 ☐ 送付先住所 (※郵便物が届く住所をご記入ください。) 〒 区 (様方)		
添 付 書 類		☐ 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)、D Tなど離れたページにある場合があります。		

《名古屋市記入欄》

受 付 番 号	07 ー ー	
備 考		