

愛知県広域予防接種申請書

令和 年 月 日

清須市長様

申請者

住 所 清須市

氏 名

下記により愛知県広域予防接種事業に基づく予防接種を申請します。

ふりがな		ふりがな	
保護者氏名		被接種者氏名	男 女
生年月日	平成・令和 年 月 日生 (歳 か月)		
住 所	(住民登録をしているところ) 清須市 (現在住んでいるところ)		
電話番号 日中連絡可能な番号	() —		
接種理由	1.かかりつけ医 2.長期入院治療 3.里帰り出産、家庭内暴力等 4. その他 ()		
希望する 医療機関	希望する医療機関で広域予防接種ができることを確認していますか。 <u>はい・いいえ</u> 名称 住所 電話 ()		
希望する 予防接種	ロタウイルス [ロタリックス 1回目・2回目 [ロタテック 1回目・2回目・3回目 ↑※医療機関に確認していずれかを選んでください。 B型肝炎 1回目・2回目・3回目 ヒブワクチン 初回1回目・2回目・3回目・追加 小児肺炎球菌 [15価 初回1回目・2回目・3回目・追加 [20価 初回1回目・2回目・3回目・追加 ↑※医療機関に確認していずれかを選んでください。 B C G 四種混合 初回1回目・2回目・3回目・追加 五種混合 初回1回目・2回目・3回目・追加 麻しん風しん混合(MR) 第Ⅰ期・第Ⅱ期・第Ⅴ期 水 痘 1回目・2回目 日本脳炎 初回1回目・2回目・追加・第Ⅱ期 二種混合 H P V [2価サーバリックス 1回目・2回目・3回目 4価ガーダシル 1回目・2回目・3回目 9価シルガード9 1回目・2回目・3回目 ↑※医療機関に確認していずれかを選んでください。 ※申請日の年度末までに接種可能なものが該当となります。		

*添付書類：母子健康手帳予防接種記録コピー

*希望する予防接種を医療機関で実施しているかご確認ください。

郵送・窓口