

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	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) 〒 (様方)		
電話番号 <small>日中連絡可能な番号</small>	() -		
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	RS ウイルス感染症 (※申請時の妊娠週数 週 日) ロタウイルス感染症 [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 小児肺炎球菌感染症 [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。 五 種 混 合 初回 1 回目・2 回目・3 回目・追加 B C G 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 ヒトパピローマウイルス (HPV) 感染症 1 回目・2 回目・3 回目 そ の 他 () ※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。		
連絡票受取方法	1. 健康推進課窓口 2. 郵送 (上記の住民登録をしているところ・上記の現在住んでいるところ)		

*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。

*添付書類：母子健康手帳の全ての予防接種記録 (写しでも可)

*RS ウイルス感染症を希望される方は、妊娠している児の母子健康手帳をご提示ください。(妊娠週数等を確認させていただきます。)