

愛知県広域予防接種連絡票交付申請書(A類疾病)

大府市長殿

令和 年 月 日

申請者 住所
保護者氏名
電話番号

愛知県広域予防接種事業による大府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。
※太枠内をご記入ください。

被接種者	住所 (※申請者と異なる場合のみ記入)		
	フリガナ		性別
	氏名		(男・女)
	生年月日	平成・令和 年 月 日 (満 歳 か月)	
他市での申請理由	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 予防接種 ※2025年3月31日 までに受ける予防 接種の種類と回数 を○で囲む。 ※申請は年度ごと に必要です。	① ロタウイルス(ロタリックス・ロタテック)【 1回目・2回目・3回目※ロタテックのみ】 ※接種するものを○で囲む		
	② ヒブ【 1回目・2回目・3回目・4回目】		
	③ 小児用肺炎球菌【 1回目・2回目・3回目・4回目】		
	④ B型肝炎【 1回目・2回目・3回目】		
	⑤ 4種混合【 1回目・2回目・3回目・4回目】		
	⑥ 5種混合【 1回目・2回目・3回目・4回目】		
	⑦ 結核(BCG)		
	⑧ 麻しん風しん混合(MR)【 第1期・第2期】		
	⑨ 麻しん【 第1期・第2期】		
	⑩ 風しん【 第1期・第2期】		
	⑪ 水痘【 1回目・2回目】		
	⑫ 不活化ポリオ【 1回目・2回目・3回目・4回目】		
	⑬ 日本脳炎【 1回目・2回目・3回目・4回目】		
	⑭ 2種混合		
	⑮ 子宮頸がん(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】		
接種希望 医療機関	医療機関名: 所在する市町村名:	<input type="checkbox"/> 医療機関に受け入れを確認しました。 (確認のうえ☑を入れてください) 電話()	
連絡票送付先 ※申請者住所と異なる場合のみ記入。	〒	—	(様方)
添付書類 ①・②を添付して送付ください。	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の全記録(1)~(5)(空欄部分もコピーしてください)		

<問い合わせ及び申請書送付先>

〒474-0035 愛知県大府市江端町四丁目2番地
大府市健康増進課(保健センター)予防接種担当 行
電話番号(0562)47-8000

担当課受付印