様式第１号

予防接種連絡票・依頼書交付申請書

令和　　年　　月　　日

豊橋市長　長坂　尚登　様

住所	〒　　－		
フリガナ 申請者氏名			
続柄		電話	（　　）　　－

下記の者が、予防接種法に基づく予防接種を豊橋市以外で受けたいので、愛知県広域予防接種連絡票又は予防接種実施依頼書の交付を申請いたします。

記

被　接　種　者 （予防接種を受ける人）	住　　所 ※申請者と違う場合のみ	〒　　- 豊橋市
	フリガナ 氏　　名	
	生 年 月 日	昭和・平成・令和　　年　　月　　日生
理　　由	□　豊橋市以外にかかりつけ医がいるため □　長期に入院治療をしているため □　里帰り出産等の理由で、豊橋市で接種することが出来ないため □　その他（　　）	
滞 在 先 住 所 ※市外に滞在している場合	〒　　-　　あて名 （　　様方） 電話（　　）　　－	
医 療 機 関 名	（　　市　　区）	
予防接種の種類 **※希望する種類と回数に〇をつける**	・ヒブ	１回目　・　２回目　・　３回目　・　追加
	・小児用肺炎球菌	１回目　・　２回目　・　３回目　・　追加
	・Ｂ型肝炎	１回目　・　２回目　・　３回目
	・ロタ（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）
	※すでに１回目を接種した場合は、１回目に接種したワクチンの種類（ロタリックス又はロタテック）を〇で囲んでください。	
	・BCG	
	・５種混合	１回目　・　２回目　・　３回目　・　追加
	・水痘	１回目　・　２回目
	・MR	１期　・　２期
	・日本脳炎	１期１回目　・　１期２回目　・　１期追加　・　２期
	・DT2 期	
	・子宮頸がん（ＨＰＶ）	１回目　・　２回目　・　３回目
	・RS ウイルス	
連絡票・依頼書送付先	来所　・　郵送（　滞在先　・　申請者の住所　）	