

予防接種連絡票・依頼書交付申請書

令和 年 月 日

豊橋市長 浅井 由崇 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 (予防接種を受ける子)	住所 <small>※申請者と違う場合のみ</small>	〒 - 豊橋市
	フリガナ 氏名	
	生年月日	平成・令和 年 月 日生 (男・女)
理由	<input type="checkbox"/> 豊橋市以外にかかりつけ医がいるため <input type="checkbox"/> 長期に入院治療をしているため <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> その他 ()	
滞在先住所 <small>※市外に滞在している場合</small>	〒 - (様方) 電話 () -	
医療機関名	(市 区)	
予防接種の種類 <u>※希望する種類と回数 に○をつける</u>	・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)
	<small>※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○で囲んでください。</small>	
	・BCG	
	・4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	
連絡票・依頼書送付先	来所 ・ 郵送 (滞在先 ・ 申請者の住所)	