

記入例 広域（こども）

- * ボールペンで太枠内を記入してください。
(鉛筆・消えるボールペンは使用不可)
- * 修正箇所は二重線で訂正してください。

予防接種連絡票・依頼書交付申請書

令和 年 月 日

住所	〒441-8539 豊橋市中野町字中原100番地		
フリガナ 申請者氏名	トヨハシ タロウ 豊橋 太郎		
続柄	父	電話	

印鑑は必ず押印
してください。

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 ※申請者と違う場合のみ	〒 - 豊橋市			
	フリガナ 氏名	トヨハシ ツバキ 豊橋 椿			
	生年月日	平成・令和 2 年 8 月 1 日生 (男・女)			
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	〒 ×××-△△△△ 〇〇市〇〇町〇〇番地 (〇〇 様方) 電話 (090) 1234-5678				
医療機関名	〇〇クリニック (名古屋市西区)				
予防接種の種類 ※希望する種類と回数に○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	
	・ロタリックス・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○で囲んでください。				
	・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)				

「様方」は実家等で名字が異なる場合は記入してください。

市外で接種を希望するワクチンの種類と回数を○で囲んでください。

提出前のチェックリスト

- ☐ 接種を希望する医療機関が愛知県広域予防接種事業の協力機関であるか確認の上、医療機関へ受け入れ可能か確認しましたか。
- ☐ 太枠内はすべて記入しましたか。
- ☐ 訂正がある場合、二重線で訂正しましたか。(修正テープ・修正ペンの使用はできません。)
- ☐ 申請する予防接種は、年度内(3月31日まで)に接種可能なものですか。(年度をまたぐ場合は再度の申請が必要です。)