

A類疾病広域予防接種連絡票交付申請書

あ ま 市 長 様

申請者 住 所 〒

(保護者)氏 名

(続柄)

記

あま市で実施する予防接種を、下記の者が愛知県広域予防接種事業に参加する医療機関において接種を受けることができるよう、予防接種連絡票を交付してください。

住 所	あま市			T E L	- -
フリガナ		フリガナ		生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)
保護者氏名		被接種者 氏 名	性別(男・女)		
対象者区分	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()				

申請日	令和 年 月 日	医療機関 所在市区町村		医療機関名	
希望する 予防接種 (○で囲む)	5種混合【1期初回;1回目・2回目・3回目、1期追加】				
	4種混合【1期初回;1回目・2回目・3回目、1期追加】				
	3種混合【1期初回;1回目・2回目・3回目、1期追加】				
	2種混合【2期】				
	麻しん風しん混合(MR)【1期、2期】				
	麻しん【1期、2期】				
	風しん【1期、2期】				
	日本脳炎【1期初回;1回目・2回目、1期追加、2期】				
	結核(BCG)				
	Hib【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】				
	HPV(子宮頸がん)(サーバリックス2価・ガーダシル4価・シルガード9価)【1回目・2回目・3回目】				
	水痘【1回目・2回目】				
	B型肝炎【1回目・2回目・3回目】				
	ロタウイルス(ロタリックス 1 価・ロタテック5価)【1回目・2回目・3回目】				
	不活化ポリオ【初回;1回目・2回目・3回目、追加】				
過去の申請 について	今回初めて・過去に申請した(年 月 頃)・兄弟で申請した(年 月 頃)				
	【過去に申請した方へ】申請した予防接種が、(全て接種した・全て接種していない)				

○ 住民記録【有・無】 ○医療機関への受け入れ【可・不可】 ○母子健康手帳確認【済・未済】

※送付先(住所地と異なる場合はご記入ください。) 〒

連絡事項

- 申請後、発行までに10日間程度かかること。
- 接種が終了するまで、連絡票を保管すること。
- あま市より転出した場合は、無効となるため、転入先で相談・手続きすること。
- 年度内に希望している予防接種が終了しない場合は翌年度に再度申請すること。
- 連絡票の内容が変更した場合は、再度申請が必要になること。

受付場所(甚目寺・七宝・美和)受付者()受付No.()