No.A

愛知県広域予防接種事業申請書

令和　　年　　月　　日

稲沢市長殿

申請者　氏名　　（続柄）

住所

※太枠内を御記入ください。

事前に接種希望医療機関が、予防接種の受け入れを行っているか確認しましたか？				はい・いいえ
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（　　）			
医療機関所在市町村		医療機関名		
被接種者	住所（電話）	〒　　－ 稲沢市　　（　　）　　－		
	ふりがな			
	氏名	（男・女）		
	生年月日	年　　月　　日生　　歳　　か月		
保護者氏名				
希望する予防接種 ※今年度接種希望のワクチンのみ選択	・ロタウイルス（ロタリックス）（１回目・２回目）			年度末・途中
	・ロタウイルス（ロタテック）（１回目・２回目・３回目）			年度末・途中
	・Ｂ型肝炎　（１回目・２回目・３回目）			年度末・途中
	・ヒブ　（１回目・２回目・３回目・追加）			年度末・途中
	・小児用肺炎球菌（１回目・２回目・３回目・追加）			年度末・途中
	・四種混合　（１回目・２回目・３回目・追加）			年度末・途中
	・五種混合　（１回目・２回目・３回目・追加）			年度末・途中
	・ＢＣＧ　（１回目）			年度末・途中
	・ポリオ　（１回目・２回目・３回目・追加）			年度末・途中
	・二種混合　（１期１回目・２回目・追加・２期）			年度末・途中
	・水痘　（１回目・２回目）			年度末・途中
	・麻しん風しん混合　（１期・２期）			年度末・途中
	・麻しん　（１期・２期）			年度末・途中
	・風しん　（１期・２期）			年度末・途中
	・日本脳炎　（１期１回目・２回目・追加・２期）			年度末・途中
	・子宮頸がん予防(ｻｰﾊﾞﾘｯｸｽ)（１回目・２回目・３回目）			年度末・途中
	・子宮頸がん予防(ｶﾞｰﾀﾞｼﾙ)（１回目・２回目・３回目）			年度末・途中
	・子宮頸がん（シルガード９）（１回目・２回目・３回目）			年度末・途中

下記についてお読みいただき確認後は□にレ点をお願いします。

□ **転出された場合は、転出日以降連絡票が利用できません。（接種された場合、全額自己負担です。）**

□ 年度毎に申請が必要です。翌年度以降も広域予防接種事業を利用する場合は、再度申請が必要です。

□ 申請した予防接種以外の予防接種を接種する場合は、新たに申請が必要です。

□ 接種前に、後日お渡しする連絡票に記載された注意事項をよくお読みください。

受付者:　　不要・要