

## 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<br>所在市町村                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 医療機関名       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 被接種者                                  | 住所<br>(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<br>※今年度接種希望のワクチンのみ選択         | <ul style="list-style-type: none"><li>・ロタウイルス (ロタリックス) (1回目・2回目)</li><li>・ロタウイルス (ロタテック) (1回目・2回目・3回目)</li><li>・B型肝炎 (1回目・2回目・3回目)</li><li>・ヒブ (1回目・2回目・3回目・追加)</li><li>・小児用肺炎球菌 (1回目・2回目・3回目・追加)</li><li>・ポリオ (1回目・2回目・3回目・追加)</li><li>・3種混合 (1回目・2回目・3回目・追加)</li><li>・4種混合 (1回目・2回目・3回目・追加)</li><li>・5種混合 (1回目・2回目・3回目・追加)</li><li>・BCG (1回目)</li><li>・2種混合 (1期1回目・2回目・追加・2期)</li><li>・水痘 (1回目・2回目)</li><li>・麻しん風しん混合 (1期・2期・5期)</li><li>・麻しん (1期・2期)</li><li>・風しん (1期・2期)</li><li>・日本脳炎 (1期1回目・2回目・追加・2期)</li><li>・子宮頸がん予防(サーバリックス) (1回目・2回目・3回目)</li><li>・子宮頸がん予防(ガーダシル) (1回目・2回目・3回目)</li><li>・子宮頸がん (シルガード9) (1回目・2回目・3回目)</li></ul> |             | <ul style="list-style-type: none"><li>年度末・途中</li><li>年度末・途中</li><li>年度末・途中</li><li>年度末・途中</li><li>年度末・途中</li><li>年度末・途中</li><li>年度末・途中</li><li>年度末・途中</li><li>年度末・途中</li><li>年度末・途中</li><li>年度末・途中</li><li>年度末・途中</li><li>年度末・途中</li><li>年度末・途中</li><li>年度末・途中</li><li>年度末・途中</li><li>年度末・途中</li><li>年度末・途中</li><li>年度末・途中</li><li>年度末・途中</li></ul> |

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。 受付者: 予診票 不要・要
- ☐ 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。 郵送 不要・要