申請書（18 歳以上用）

碧南市定期予防接種（A 類）実施依頼申請書

碧南市長　殿　　令和　　年　　月　　日

※太枠の中（①～⑤）をご記入ください

①申請者	住　所	〒
	ふりがな	
	氏　名	
	連絡先	
	続柄	□被接種者本人　□同居の親族　□その他（　　）

私は下記の理由で愛知県外の医療機関で、定期予防接種（A類）を実施することを希望します。

②被接種者	ふりがな		
	氏　名	□申請者と同じ	
	住　所（住民票所在地）	□申請者と同じ	
	生年月日	平成　　年　　月　　日（　　歳）	
	希望する予防接種	□　HPV キャッチアップ接種　□　日本脳炎予防接種　特例接種	
	理　由		
	滞在先	住　所	
		滞在期間	
	接種を希望する医療機関	医療機関名	
		所在地	
		電話番号	
③添付資料		□HPV キャッチアップ接種券(レモン色)又は日本脳炎予防接種特例用予診票(藤色) □母子健康手帳写し又は接種履歴がわかるもの	
④確認事項		□接種を希望する医療機関が受入れ可能であること確認しました。	
⑤予診票送付		□　申請者の住所　□　被接種者の滞在先　□　窓口受取	

事務局使用覧　　2024.07

申請者確認書類	□免許証・保険証・在留カード □その他（　　）	発行日	日付：　　作成者：