愛知県広域予防接種（A類）事業申請書

令和　　年　　月　　日

申請者	フリガナ 氏　名	（被接種者との続柄　　）		
	住　所			
被接種者	フリガナ 氏　名		生年月日	年　　月　　日 （　　歳　　月）
	住　所	碧南市　　町		
希望する予防接種 （ワクチン）	希望のワクチン名にレ点をいれてください。希望回数に〇をつけてください。 ※申請年度内に、接種可能なワクチンのうち希望するワクチンのみ記入してください。 □　ロタウイルス感染症ワクチン（１価　ロタリックス）１回目　２回目 □　ロタウイルス感染症ワクチン（５価　ロタテック）　１回目　２回目　３回目 □　ヒブワクチン　１回目　２回目　３回目　追加 □　小児用肺炎球菌ワクチン　１回目　２回目　３回目　追加 □　Ｂ型肝炎ワクチン　１回目　２回目　３回目 □　５種混合ワクチン　１回目　２回目　３回目　追加 □　ＢＣＧワクチン □　麻しん風しん混合ワクチン　第１期　第２期 □　水痘ワクチン　１回目　２回目 □　日本脳炎ワクチン　１回目　２回目　追加　第２期 □　２種混合ワクチン □　子宮頸がん予防ワクチン　（９価　シルガード９）　１回目　２回目　３回目 □　３種混合予防接種　１回目　２回目　３回目　追加 □　不活化ポリオワクチン　１回目　２回目　３回目　追加 □　麻しんワクチン　第１期　第２期・　□　風しんワクチン　第１期　第２期			
理　　由	該当する番号に〇をつけてください。 １　碧南市以外にかかりつけ医がいる ２　碧南市以外の病院等で長期に入院治療をしている ３　里帰り出産、家庭内暴力等で、碧南市以外の病院等で予防接種を希望 （里帰り先への滞在期間：　　） ４　その他（　　）			
接種を希望する医療機関名	所　在　地： 医 療 機 関 名： 医療機関連絡先： 接種を希望する医療機関が受け入れ可能であることを確認していますか。 はい（　　年　　月　　日に確認）　いいえ			

・愛知県広域予防接種連絡票等について、郵送を希望しますか　（書類発行までに２週間程度かかります）

①はい　→上記住所と違う場合、以下をご記入ください。

郵送先住所　〒＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿県＿＿＿＿市＿＿＿＿町＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿様方

連絡先　＿＿＿＿＿＿＿＿

②いいえ　窓口受取（　　月　　日）※７日を経過した平日の午後以降に限る

・平日に連絡の取れる電話番号を記入してください。＿＿＿＿＿＿＿＿

令和８年３月作成