愛知県広域予防接種（A 類）事業申請書

碧南市長　殿　　令和　　年　　月　　日

申請者	住　所	〒
	フリガナ	
	氏　名	
	電話番号	
	続柄	□被接種者本人　　□同居の親族（　　）　□その他（　　）

私は下記の理由で、市内指定医療機関以外で、定期予防接種（A類）を実施することを希望します。

被接種者	フリガナ	□申請者と同じ	
	氏　名		
	住　所（住民票所在地）	□申請者と同じ	
	生年月日	年　　月　　日	
申請予防接種	□　RS ウイルスワクチン（出産予定日　　年　　月　　日） □　日本脳炎　特例接種（１回目・２回目・３回目・４回目）		
申請理由	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、碧南市以外の病院で予防接種を希望 4　その他（　　）		
接種を希望する医療機関	医療機関名		
	所在地		
	電話番号		
確認事項	県広域事業　□加入 □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。 （　　年　　月　　日）確認		

・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⇒　□　被接種者の住所　　□　その他（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

令和８年３月作成