

令和7年度 愛知県広域予防接種事業申請書

申請者	フリガナ 氏名  (被接種者との続柄)	申請月日	令和 年 月 日
被接種者	フリガナ 氏名	性別	男 ・ 女
	住所 電話番号 Tel	碧南市 町 生年月日	年 月 日 ( 歳 月)
広域予防接種 希望ワクチン	<p><u>希望のワクチン名にレ点をいれてください。希望回数に○をつけてください。</u></p> <p>※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。</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> ヒブワクチン 1回目 2回目 3回目 追加</p> <p><input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌ワクチン 1回目 2回目 3回目 追加</p> <p><input type="checkbox"/> B型肝炎ワクチン 1回目 2回目 3回目</p> <p><input type="checkbox"/> 4種混合ワクチン 1回目 2回目 3回目 追加</p> <p><input type="checkbox"/> 5種混合ワクチン 1回目 2回目 3回目 追加</p> <p><input type="checkbox"/> BCGワクチン</p> <p><input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合ワクチン 第1期 第2期</p> <p><input type="checkbox"/> 水痘ワクチン 1回目 2回目</p> <p><input type="checkbox"/> 日本脳炎ワクチン 1回目 2回目 追加 第2期</p> <p><input type="checkbox"/> 2種混合ワクチン</p> <p><input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防ワクチン (2価 サーバリックス) 1回目 2回目 3回目</p> <p><input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防ワクチン (4価 ガーダシル) 1回目 2回目 3回目</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> ポリオワクチン 1回目 2回目 3回目 追加</p> <p><input type="checkbox"/> 麻しんワクチン 第1期 第2期・ <input type="checkbox"/> 風しんワクチン 第1期 第2期</p>		
理由	<p><u>該当する番号に○をつけてください。</u></p> <p>1 碧南市以外にかかりつけ医がいる</p> <p>2 碧南市以外の病院等で長期に入院治療をしている</p> <p>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： )</p> <p>4 その他 ( )</p>		
接種を希望する 医療機関名	<p>所在地： 医療機関名： 医療機関連絡先：</p> <p>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</p>		

・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

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

・平日 (8:30~17:00) に連絡の取れる電話番号を記入してください。 \_\_\_\_\_