

記入例

愛知県広域予防接種申請書

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

みよし市長

保護者様

フリガナ ミヨシ ハナ
 申請者氏名 **三好 花** (続柄 **母**)

電話番号 **XXX-XXXX-XXXX**

*保険健康課や医療機関から、問い合わせの電話をすることがあります。
 ご対応いただける電話番号をご記入ください。

下記のとおりみよし市及び豊田市（接種協力医療機関）以外の愛知県内の市町村で定期予防接種を受けたいので申請します。

記

1. 予防接種の種類（該当の項目に○をつける）

種 類	回 数
<input checked="" type="checkbox"/> ロタウイルスワクチン	<input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目 3回目
<input checked="" type="checkbox"/> B型肝炎	<input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目 3回目
<input type="checkbox"/> ヒブ	1回目・2回目・3回目・追加
<input checked="" type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌	<input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目 3回目・追加
<input type="checkbox"/> BCG	1回
<input checked="" type="checkbox"/> 5種混合	<input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目 3回目・追加
<input type="checkbox"/> MR 第1期	1回
<input type="checkbox"/> MR 第2期	1回
<input type="checkbox"/> ポリオ	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目・追加
<input type="checkbox"/> 水痘	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目
<input type="checkbox"/> 日本脳炎第1期	1回目・2回目・追加
<input type="checkbox"/> 日本脳炎第1期特例(13歳以上用)	1回目・2回目・追加
<input type="checkbox"/> 日本脳炎第2期	1回
<input type="checkbox"/> 日本脳炎第2期特例(13歳以上用)	1回
<input type="checkbox"/> 2種混合第2期	1回
<input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防ワクチン	1回目・2回目・3回目
<input type="checkbox"/> RSウイルスワクチン	
<input type="checkbox"/> 高齢者用肺炎球菌	1回
<input type="checkbox"/> 帯状疱疹	
<input type="checkbox"/> インフルエンザ	1回
<input type="checkbox"/> 新型コロナワクチン	
<input type="checkbox"/> その他	2種混合第1期 3種混合第1期 麻しん(1期・2期) 風しん(1期・2期)

接種を希望する種類と回数に○

2. 対象者名（フリガナ） 申請者と同じ

ミヨシ ハナコ
三好 花子

予防接種を受ける方

3. 生年月日

大正・昭和・平成・**令和** ○ 年 ○ 月 ○ 日 (○ 歳 ○ か月)

4. 申請理由

該当する理由に○

- (1)みよし市及び()機関)以外の市町村にかかりつけ医がいる
- (2)長期入院のため、みよし市及び豊田市（接種協力医療機関）で予防接種を受けることが困難
- (3)長期入所のため、みよし市及び豊田市（接種協力医療機関）で予防接種を受けることが困難
- (4)里帰り出産、家庭内暴力等のため、みよし市及び豊田市（接種協力医療機関）以外での予防接種を希望する
- (5)その他 ()

5. 接種医療機関・施設

医療機関・施設名 **〇〇〇クリニック** 電話 **XXXX — XX — XX XX**

所在地 **〇〇市〇〇〇町〇〇×番地×**

職員記入欄

<確認したもの>

- (1)母子健康手帳
- (2)母子健康手帳以外の予防接種の記録票
- (3)住民票
- (4)健康保険証
- (5)運転免許証
- (6)その他 ()

記入しないでください

サイン
