

愛知県広域予防接種申請書

令和 年 月 日

みよし市長 殿

申請者氏名 (続柄)

電話番号

*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
ロタウイルスワクチン	1回目・2回目・3回目
B型肝炎	1回目・2回目・3回目
ヒブ	1回目・2回目・3回目・追加
小児用肺炎球菌	1回目・2回目・3回目・追加
BCG	1回
4種混合	1回目・2回目・3回目・追加
5種混合	1回目・2回目・3回目・追加
MR 第1期	1回
MR 第2期	1回
ポリオ	1回目・2回目・3回目・追加
水痘	1回目・2回目
日本脳炎第1期	1回目・2回目・追加
日本脳炎第1期特例(13歳以上用)	1回目・2回目・追加 同伴用・同伴なし用
日本脳炎第2期	1回
日本脳炎第2期特例(13歳以上用)	1回 同伴用・同伴なし用
2種混合第2期	1回
子宮頸がん予防ワクチン	1回目・2回目・3回目 同伴用・同伴なし用
子宮頸がん予防ワクチン特例	2回目・3回目
風しん第5期	1回
高齢者用肺炎球菌	1回
高齢者用带状疱疹	1回目・2回目
高齢者インフルエンザ	1回
新型コロナワクチン	1回
その他	二種混合第1期 麻しん（1期・2期） 風しん（1期・2期）

2. 対象者名（フリガナ） ☐申請者と同じ

3. 生年月日

大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳 か月)

4. 申請理由

- みよし市及び豊田市（接種協力医療機関）以外の市町村にかかりつけ医がいる
- 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
- 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
- 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
- その他 ()

5. 接種医療機関・施設

医療機関・施設名 _____ 電話 _____

所 在 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)運転免許証・マイナンバーカード
- (5)健康保険証・介護保険証
- (6)その他 ()

サイン