

愛知県広域予防接種申請書

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

みよし市長 殿

保護者様

申請者氏名 **三好 花** (続柄 **母**)

電話番号 XXX-XXXX-XXXX

*保健センターや医療機関から、問い合わせの電話をすることがあります。
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	
	MR 第 1 期	1 回	
	MR 第 2 期	1 回	
	ポロウイルス	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(9 歳～13 歳未満用)	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
	高齢者用肺炎球菌	1 回	
	高齢者インフルエンザ	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)

予防接種を受ける方

ミヨシ ハナコ
三好 花子

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() 該当する理由に○ () 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 ○○市○○○町○○×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