

愛知県広域予防接種申請書（A類疾病）

令和 年 月 日

新 城 市 長 様

申請者 住所 〒 _____

氏名
電話番号 _____

愛知県広域予防接種事業により新城市以外での予防接種を希望するため、次のとおり申請します。

記

被接種者	住所	☐ 申請者と同じ 新城市			
	ふりがな		男・女	生年 月 日	平成 令和 (歳 か月)
	氏名				
ふりがな		続柄			
保護者氏名					
注) 被接種者が満 16 歳以上の場合は記入不要					
申請理由 (※)	1. 新城市以外の市町村にかかりつけ医がいるため 2. 長期に入院治療を要し、新城市内で予防接種を受けることが困難なため 3. 里帰り出産等のため、新城市以外での予防接種を希望するため 4. その他 ()				
希望する 予防接種 (※)	BCG	ロタウイルスワクチン 1回目・2回目・(3回目*) *ロタテック(5価)のみ	B型肝炎 1回目・2回目・追加	ヒブワクチン 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	混合接種(四種・五種) 1回目・2回目・3回目・追加	麻しん風しん混合 1期・2期	麻しん 1期・2期	
	風しん 1期・2期	水痘 1回目・2回目	日本脳炎 1期1回目・2回目・追加・2期	二種混合	
	不活化ポリオ 1回目・2回目・3回目・追加	子宮頸がん予防ワクチン 1回目・2回目・3回目			
希望市町村 (希望医療機関)	所在地：()市・町・村 医療機関名： *希望する医療機関は愛知県広域予防接種事業協力病院ですか ⇒ はい・いいえ				

※該当する所に○をつけてください。