

愛知県広域予防接種申請書（A類疾病）

年 月 日

岩倉市長 殿

申請者 氏名

住所

電話番号

愛知県広域予防接種事業により岩倉市以外での予防接種を希望するため、下記のとおり申請します。

記

被接種者氏名	ふりがな	生年月日	年 月 日
	(男 ・ 女)		(歳 か月)
保護者氏名	ふりがな	電話番号	
居住地	岩倉市 町		
申請理由	1 岩倉市以外の市町村にかかりつけ医がいるため 2 長期入院治療を要し、岩倉市で予防接種を受けることが困難なため 3 里帰り出産等により、岩倉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	1 ロタウイルス	2 Hib	3 小児用肺炎球菌
	4 B型肝炎	5 四種混合	6 BCG
	7 麻しん風しん混合	8 麻しん	9 風しん
	10 水痘 (水痘り患：有・無)	11 日本脳炎	12 単独不活化ポリオ
	13 五種混合	14 四種混合	15 二種混合
	16 ヒトパピローマウイルス		
希望医療機関名	(市・町・村) ※名古屋市の場合 区		
受け取り方法	1 月 日 来所 2 郵送 (理由：)		

*受け取り方法については、基本は窓口での受け渡しとなります。里帰り等で困難な場合のみ、郵送での対応とします。

※保健センター記入

連絡票発行日	年 月 日	連絡票番号
--------	-------	-------

*添付書類：母子健康手帳の写し