

愛知県広域予防接種連絡票交付申請書（こども）

【書き方見本】

年 月 日

記入しないでください

☆母子健康手帳の予防接種欄のコピーを添付してください。

☆希望する予防接種の予診票をお持ちであれば、添付してください（「広域」印を押して郵送します）。

☆2週間以内に郵送で連絡票・予診票を送付します。

申請者	フリガナ	セト ハナコ	被接種者 との続柄	☒ 母 ☐ 父
	氏名	瀬戸 花子		☐ その他（ ）
	現住所	〒489-0000 瀬戸市〇〇町〇番地		
	電話番号	080-0000-0000		

被接種者	フリガナ	セト タロウ	生年 月日	令和7年 4月 1日 (満 0歳 2か月)	
	氏名	瀬戸 太郎			
	現住所	☒ 申請者 と同じ	〒		
	保護者名	☒ 申請者 と同じ			
	必要書類 送付先 (住所と 異なる場合)	住所	〒		
		氏名			
	接種を 希望する 医療機関	医療機関名	〇〇クリニック		
		所在地	名古屋市名東区		
	希望する 予防接種	(☒ 5 ☐ 3 ☐ 2)種混合	☒ 1回目 ☒ 2回目 ☒ 3回目 ☒ 追加 ☐ 2期		
		小児肺炎球菌	☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目 ☐ 追加		
		B型肝炎	☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目		
		ロタワクチン	☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目		
		ヒブワクチン	☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目		
		B C G	☐ 1回		
MR		☐ 1期 ☐ 2期 ☐ 5期	麻しん(単体)	☐ 1期 ☐ 2期	
水痘		☐ 1回 ☐ 2回	風しん(単体)	☐ 1期 ☐ 2期 ☐ 5期	
日本脳炎		☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 追加	☐ 2期		
HPV(子宮頸がん予防)		☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目			
不活化ポリオ		☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目			
事由	☒ 1かかりつけ医 ☐ 2長期入院治療 ☐ 3里帰り出産等長期滞在 ☐ 4その他（ ）				

※愛知県広域予防接種協力医療機関であるかご確認いただき、その病院に接種する旨をお伝えください。

希望するものにチェックを入れてください。
(年度内に接種できるもの全て申請可能です)

該当するものにチェックを入れてください。

※申請者と被接種者が同一世帯でない場合は、委任状が必要です。必要書類を送付するまで2週間程度かかります。
R8年度用