

愛知県広域予防接種連絡票交付申請書（RS）

【書き方見本】

記入しないでください

年 月 日

☆母子健康手帳の出産予定日が分かるページと、予防接種履歴（予防接種の記録（5）その他の予防接種）のページ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	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 夫
	氏名	瀬戸 花子		<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者 と同じ	生年 月日	平成10年4月1日 (満28歳)	
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ		妊娠 週数	20週 0日
	出産予定日	令和8年 9月 1日			
	現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒		
	保護者名	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	※被接種者が16歳以上の場合は記入不要		
	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			
事由	<input checked="" type="checkbox"/> 1 かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 2 長期入院治療 <input type="checkbox"/> 3 里帰り出産等長期滞在 <input type="checkbox"/> 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。

以下の内容を確認していただき、チェックをお願いいたします。

<input checked="" type="checkbox"/>	母子健康手帳等の出産予定日が分かるページと、予防接種履歴（予防接種の記録（5）その他の予防接種）のページのコピーを添付しました。
<input checked="" type="checkbox"/>	妊娠週数が28週0日～36週6日の時に、接種できることを理解しました。
<input checked="" type="checkbox"/>	対象の週数以外で接種の場合、全額自己負担となることを理解しました。
<input checked="" type="checkbox"/>	令和8年4月1日からの接種が定期接種の対象（全額無料）であることを理解しました。
<input checked="" type="checkbox"/>	申請から連絡票の到着まで、2週間程度かかることを理解しました。
<input checked="" type="checkbox"/>	申請した医療機関以外の広域医療機関で接種する際は、再度申請が必要であることを理解しました。
<input checked="" type="checkbox"/>	瀬戸市に住民登録がなくなった場合、連絡票・予診票は無効（使用不可）になることを理解しました。