

愛知県広域予防接種連絡票交付申請書（RS）

年 月 日

（宛先）瀬戸市長

予防接種法第5条第1項に規定に基づく予防接種を、愛知県内他市町村の医療機関で接種することを希望するため、下記のとおり申請します。

申請者	フリガナ		被接種者 との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 夫
	氏名			<input type="checkbox"/> その他（ ）
	現住所	〒		
	電話番号			

被接種者	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	生年 月日	年 月 日 (満 歳)	
	氏名				
	出産予定日	年 月 日		妊娠 週数	週 日
	現住所	<input 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 (住所地と 異なる場合)	住所	〒		
		氏名	様方		
	接種を 希望する 医療機関	医療機関名			
所在地					
事由	<input 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（ ）				

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 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 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 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 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 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 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 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。