愛知県広域予防接種連絡票交付申請書（こども）

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	□母　□父 □その他（　　）
	氏名			
	現住所	〒		
	電話番号			

被接種者	フリガナ			生年月日	年　月　日 （　歳　か月）
	氏名				
	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			
	希望する予防接種	（□５ □４ □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　□追加		
		ＢＣＧ	□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　□追加		
	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（　　）			

※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。