

愛知県広域予防接種連絡票交付申請書（A類疾病）

令和 年 月 日

蟹江町長 殿

申請者 住所

氏名

蟹江町で実施する予防接種を、下記の者が愛知県広域予防接種事業に参加する医療機関において接種を受けることができるよう、予防接種連絡票を交付してください。

記

住 所				電 話	— —
フリガナ		フリガナ		生年月日	平成 年 月 日 令和 (満 歳 か月)
保護者氏名		被接種者氏名	性別 (男 ・ 女)		
対象者区分	1. かかりつけ医 2. 長期入院治療 3. 里帰り出産、施設入所等 4. その他 ()				
医療機関所在市町村		希望医療機関		医療機関の受け入れ	可 ・ 不可

希望する 予防接種	Hib感染症	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加
	小児の肺炎球菌感染症	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加
	4種混合 1期	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加
	3種混合 1期	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加
	不活化ポリオ	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加
	結核(BCG)	
	麻しん風しん混合(MR)	第1期 ・ 第2期
	麻 し ん	第1期 ・ 第2期
	風 し ん	第1期 ・ 第2期
	日本脳炎	1回目 ・ 2回目 ・ 追加 ・ 2期
	2種混合	
	子宮頸がん(サーバリックス・ガーダシル)	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目
	水 痘	1回目 ・ 2回目
	B型肝炎	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目
	ロタウイルス(ロタリックス・ロタテック)	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目

【連絡事項】

- 申請後、連絡票の発行までに1～2週間程度かかります。
- 発行された連絡票は、記載された接種が全て終了するまで保管してください。
- 蟹江町より転出した場合は無効となります。転入先でご相談ください。
- 年度内に希望している予防接種が終了しない場合は、翌年度に再度申請が必要です。
- 連絡票の内容が変更した場合は、再度申請が必要です。

※担当者記入欄

宛名番号		母子健康手帳確認	済 ・ 未済
------	--	----------	--------