Ａ類疾病広域予防接種連絡票申請書

　　年 　　月 　　日

武 豊 町 長　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者 | 住　　　所　　武豊町　　　字 |
|  | 氏　　　名 |
|  | 電話番号 |

愛知県広域予防接種事業に基づき、連絡票の交付を受けたいので申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 住　所 | 〒 | | | Ｔ　Ｅ　Ｌ |  |
| フリガナ |  | フリガナ |  | 生年月日 | 年　 　月　 　日 |
| 保護者氏名 |  | 被接種者氏名 |  | （満　　 歳　　か月） |
| 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・家庭内暴力　４その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 希望する  市町村 |  | 希望する  医療機関 |  |
| 希望する予防接種 | ２種混合 | | | | |
| ポリオ【 １回目・２回目・３回目・４回目 】 | | | | |
| ４種混合【 １回目・２回目・３回目・４回目 】 | | | | |
| 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・３回目・４回目 】 | | | | |
| 結核（ＢＣＧ） | | | | |
| Ｈｉｂ【 １回目・２回目・３回目・４回目 】 | | | | |
| 小児用肺炎球菌【 １回目・２回目・３回目・４回目 】 | | | | |
| 子宮頸がん（ｻｰﾊﾞﾘｯｸｽ・ｶﾞｰﾀﾞｼﾙ・ｼﾙｶﾞｰﾄﾞ）【 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 】 | | | | |
| ロタリックス・ロタテック【 １回目・２回目・３回目※ロタテックのみ 】 | | | | |

※職員記入欄

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請受理年月日 | 年　　月　　日 | 住基確認 |  | 受付番号 |  |
| 母子手帳確認・印刷 |  | 医療機関確認 |  | 受付者 |  |