

令和7年度 愛知県広域予防接種事業 個別定期予防接種実施申請書（豊明市）

実施医療機関	医療機関名： 住所：〒 愛知県 電話番号：（ ） —		
	◎上記実施希望医療機関は、愛知県広域予防接種事業の接種協力医療機関であることを確認しましたか。→ はい・いいえ ◎接種協力医療機関及び接種協力医師に、事前に本事業に基づく予防接種を受けたい旨を連絡し、了承を得ていますか。→ はい・いいえ		
フリガナ			
対象者氏名	(男・女)		
生年月日	年 月 日生 (歳 カ月)		
フリガナ			
保護者名			
住所	〒470— 豊明市		
電話番号	自宅 () — 携帯電話 () —		
実施希望の 定期予防接種 の種類	予防接種の種類にレ点をつけ、回数に○をつけてください。		
	<input type="checkbox"/> ロタ (ロタリックス・ロタテック) ※1	1回目・2回目・3回目	有・無
	<input type="checkbox"/> ヒブ	1回目・2回目・3回目・追加	有・無
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 (バクテリックス15・プレベナー20) ※2	1回目・2回目・3回目・追加	有・無
	<input type="checkbox"/> B型肝炎	1回目・2回目・3回目	有・無
	<input type="checkbox"/> 四種混合	1回目・2回目・3回目・追加	有・無
	<input type="checkbox"/> 五種混合	1回目・2回目・3回目・追加	有・無
	<input type="checkbox"/> BCG	1回	有・無
	<input type="checkbox"/> 麻しん・風しん	1期・2期	有・無
	<input type="checkbox"/> 水痘	1回目・2回目	有・無
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	1回目・2回目(1期初回)・1期追加・2期	有・無
	<input type="checkbox"/> 二種混合	1回	有・無
<input type="checkbox"/> HPV (子宮頸がん) (サーバリックス・ガーダシル・シルガード9) ※3	1回目・2回目・3回目	有・無	
希望理由 (該当する欄 に印をつけて ください)	<input type="checkbox"/> 豊明市以外の県内の市町村にかかりつけ医 (出産病院含む) がいるため →病名 () <input type="checkbox"/> 長期に入院加療を要し、豊明市の実施医療機関で予防接種を受けることが困難なため →病名 () <input type="checkbox"/> 里帰り出産、家庭内暴力等のため、豊明市以外の県内の市町村での予防接種を希望するため		
書類の郵送先 (現住所と異なる 場合はご記入 ください)	住所：〒 愛知県 (世帯主氏名) 電話番号： () —		
上記理由により、豊明市定期予防接種委託医療機関における接種が困難であるため、上記実施希望医療機関での接種を希望します。 年 月 日 (あて先) 豊明市長 申請者 (保護者) 署名 (続柄)			

★広域予防接種事業申請に必要な持ち物：母子健康手帳（原本）、母子健康手帳の予防接種の記録（写し）

★※1、※2、※3 接種予定のワクチンのいずれかに○をつけてください。

窓口担当者 記入欄	受付日・担当者	※1・2・3 確認	予約の有無	その他
	月 日・	<input type="checkbox"/> ←レ点	無・有 (月 日) 郵送・手渡し	