

令和 年 月 日

大治町長 殿

赤枠の中をお書きください

申請者 住所 大治町大字  
氏名 続柄 ( )

愛知県広域予防接種事業による予防接種を希望するため、下記のとおり愛知県広域予防接種連絡票の交付を申請します。

|  |   |                                      |                              |                              |                              |  |
|--|---|--------------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|--|
| 被接種者   | 住民登録地   | <input type="checkbox"/> 同上<br>大治町大字 |                              |                              |                              |  |
|  | ふりがな  |                                      | ふりがな                         |                              |                              |  |
|  | 氏名  | (男・女)                                |                              | 保護者名<br>(未成年のみ)              |                              |  |
|  | 生年月日  | 大正 平成<br>昭和 令和                       | 年 月 日                        | ( 歳 か月)                      |                              |  |
|  | 日中連絡先   | — —                                  |                              |                              |                              |  |
| 連絡票<br>受取方法<br>( <input type="checkbox"/> に✓)  | <input type="checkbox"/> 上記住民登録地に郵送 <input type="checkbox"/> 窓口で受取<br><input type="checkbox"/> 滞在先住所に郵送 (以下に記入)<br>〒 — ( 様方)  |                                      |                              |                              |                              |  |
| 接種希望<br>医療機関名                                  |   | 接種希望<br>医療機関所在地                      | 市・町・村 区                      |                              |                              |  |
| 希望する<br>予防接種<br>( <input type="checkbox"/> に✓) | ヒブ  | <input type="checkbox"/> 1回目         | <input type="checkbox"/> 2回目 | <input type="checkbox"/> 3回目 | <input type="checkbox"/> 追加  |  |
|  | 小児用肺炎球菌   | <input type="checkbox"/> 1回目         |                              |                              | <input type="checkbox"/> 追加  |  |
|  | B型肝炎  | <input type="checkbox"/> 1回目         |                              |                              |                              |  |
|  | 4種混合  | <input type="checkbox"/> 1回目         | <input type="checkbox"/> 2回目 | <input type="checkbox"/> 3回目 | <input type="checkbox"/> 追加  |  |
|  | ロタ  | ロタリックス (1価)                          | <input type="checkbox"/> 1回目 | <input type="checkbox"/> 2回目 |                              |  |
|  |   | ロタテック (5価)                           | <input type="checkbox"/> 1回目 | <input type="checkbox"/> 2回目 | <input type="checkbox"/> 3回目 |  |
|  | BCG   | <input type="checkbox"/> 1回          |                              |                              |                              |  |
|  | 麻しん及び風しん(MR 混合)   | <input type="checkbox"/> 第1期         | <input type="checkbox"/> 第2期 |                              |                              |  |
|  | 水痘  | <input type="checkbox"/> 1回目         | <input type="checkbox"/> 2回目 |                              |                              |  |
|  | 日本脳炎  | <input type="checkbox"/> 1回目         | <input type="checkbox"/> 2回目 | <input type="checkbox"/> 追加  | <input type="checkbox"/> 2期  |  |
|  | 子宮頸がん   | <input type="checkbox"/> 1回目         | <input type="checkbox"/> 2回目 | <input type="checkbox"/> 3回目 |                              |  |
|  | ポリオ   | <input type="checkbox"/> 1回目         | <input type="checkbox"/> 2回目 | <input type="checkbox"/> 3回目 | <input type="checkbox"/> 追加  |  |
|  | 2種混合  | <input type="checkbox"/> 1回          |                              |                              |                              |  |
|  | 3種混合  | <input type="checkbox"/> 1回目         | <input type="checkbox"/> 2回目 | <input type="checkbox"/> 3回目 | <input type="checkbox"/> 追加  |  |
|  | 麻しん   | <input type="checkbox"/> 第1期         | <input type="checkbox"/> 第2期 |                              |                              |  |
| 風しん  | <input type="checkbox"/> 第1期  | <input type="checkbox"/> 第2期         |                              |                              |                              |  |
| 高齢者インフルエンザ                                     | <input type="checkbox"/> 1回   |                                      |                              |                              |                              |  |
| 高齢者用肺炎球菌                                       | <input type="checkbox"/> 1回   |                                      |                              |                              |                              |  |
| 申請理由<br>( <input type="checkbox"/> に✓)         | <input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 長期入院治療 <input type="checkbox"/> 里帰り出産、家庭内暴力等<br><input type="checkbox"/> 高齢者施設入所 (入所先: )<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |                                      |                              |                              |                              |  |

今年度中に接種する予定の  
予防接種に✓してください。

ロタワクチンは2種類あります。  
どちらを接種するかわからない  
場合は両方に✓してください。