

受付番号	発行日
	年 月 日

(様式1-1)

## A類疾病広域予防接種連絡票(兼申請書)

以下の理由により、一宮市内の医療機関で予防接種を受けることができないため、次のとおり愛知県広域  
 予防接種事業を利用しての予防接種を申請します。

太枠内をご記入ください。

申請日 年 月 日

(住民票上の)住所	〒 一宮市		(保護者)連絡先	□父 □母 □その他( )
(滞在先の)住所	里帰り等で住民票上の住所以外に滞在の場合	送付先宛名	(滞在先)連絡先	□父 □母 □その他( )
書類送付先	□住民票上の住所 □滞在先 (希望する送付先に☑をしてください。)			
フリガナ	フリガナ	フリガナ	生年月日	
保護者氏名	*被接種者が16歳未満のみ記入	被接種者氏名	(男・女) 年 月 日 ( 歳 か月)	
同意事項	<input type="checkbox"/> 予防接種法に定められた以外の接種方法や、本連絡票有効期限外での接種については、全額自己負担になります。 <input type="checkbox"/> 診察により接種を見合わせた場合の費用は全額自己負担になります。 <input type="checkbox"/> 予防接種終了後の予診票は一宮市に提出され保管されます。			
申請理由	□ かかりつけ医 □ 長期入院治療 □ 里帰り出産 □ 家庭内暴力 □ その他( )			
希望医療機関	所在市町村	医療機関名		

【医療機関の方へ】■の項目の予防接種をお願いします。接種後に接種日を( / )に記入してください。

希望する 予防接種	予防接種の種類		接種回(回目)
	<input type="checkbox"/> ロタウイルス(ロタリックス)	] いずれか1つ	<input type="checkbox"/> 1( / ) <input type="checkbox"/> 2( / )
<input type="checkbox"/> ロタウイルス(ロタテック)	<input type="checkbox"/> 1( / ) <input type="checkbox"/> 2( / ) <input type="checkbox"/> 3( / )		
<input type="checkbox"/> B型肝炎		<input type="checkbox"/> 1( / ) <input type="checkbox"/> 2( / ) <input type="checkbox"/> 3( / )	
<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 ( <input type="checkbox"/> 15価 <input type="checkbox"/> 20価 )		<input type="checkbox"/> 1( / ) <input type="checkbox"/> 2( / ) <input type="checkbox"/> 3( / ) <input type="checkbox"/> 追( / )	
<input type="checkbox"/> Hib		<input type="checkbox"/> 1( / ) <input type="checkbox"/> 2( / ) <input type="checkbox"/> 3( / ) <input type="checkbox"/> 追( / )	
<input type="checkbox"/> 五種混合	] いずれか1つ	<input type="checkbox"/> 1( / ) <input type="checkbox"/> 2( / ) <input type="checkbox"/> 3( / ) <input type="checkbox"/> 追( / )	
<input type="checkbox"/> 三種混合			
<input type="checkbox"/> ポリオ		<input type="checkbox"/> 1( / ) <input type="checkbox"/> 2( / ) <input type="checkbox"/> 3( / ) <input type="checkbox"/> 追( / )	
<input type="checkbox"/> 結核(BCG)			
<input type="checkbox"/> 麻しん風しん(MR)混合	] MRを接種 または 麻しん、風しんを別々に接種 ※麻しん、風しんどちらかのみ接種も 可能です。	<input type="checkbox"/> 1期( / ) <input type="checkbox"/> 2期( / ) <input type="checkbox"/> 5期( / ) ※「5期」はMRまたは風しんのみ接種可能	
<input type="checkbox"/> 麻しん			
<input type="checkbox"/> 風しん			
<input type="checkbox"/> 水痘		<input type="checkbox"/> 1( / ) <input type="checkbox"/> 2( / )	
<input type="checkbox"/> 日本脳炎		<input type="checkbox"/> 1( / ) <input type="checkbox"/> 2( / ) <input type="checkbox"/> 追( / ) <input type="checkbox"/> 2期( / )	
<input type="checkbox"/> 二種混合			
<input type="checkbox"/> 子宮頸がん(HPV)		<input type="checkbox"/> 1( / ) <input type="checkbox"/> 2( / ) <input type="checkbox"/> 3( / )	
<input type="checkbox"/> RSウイルス			
医療機関の方へ	<input type="checkbox"/> 希望する予防接種の■の項目の予防接種をお願いします。接種後に接種日を( / )に記入してください。 <input type="checkbox"/> 予診票の使用ワクチン名欄には、必ずワクチンロットシールを貼付してください。 <input type="checkbox"/> 予防接種実施規則に反した接種方法で実施した時は間違い報告書を提出してください。また委託料は支払いません。		
有効期限	本連絡票は 年 月 日から 年 月 日まで有効です。 ただし、ロタリックス は 年 月 日まで ロタテック は 年 月 日まで 一宮市長 中野 正康		

【保護者、接種を受ける方および関係者の方へ】裏面をご確認のうえ、予防接種をうけてください。

## 【保護者、接種を受ける方および関係者の方へ】

- 本連絡票に記載の情報は、愛知県広域予防接種事業における事業把握のためにのみ利用します。
- 本連絡票の有効期限が切れた場合は、申請済の予防接種であっても受けることはできません。  
再度申請をしてください。
- 予防接種前に、必ず接種医と接種間隔等の確認をしてください。  
規定の接種間隔を守らずに予防接種を受けた場合は、予防接種費用は全額自己負担になります。
- 一宮市から転出した場合は、本連絡票は無効になります。  
転出後の予防接種については転出先の市町村へご相談ください。
- 転出後に予防接種を受けた場合の予防接種費用は、全額自己負担になります。
- 診察によって予防接種を見合わせた場合の費用は、全額自己負担になります。

## 【医療機関に持参するもの】

- お子さまの予防接種(子宮頸がん(HPV)ワクチンおよび日本脳炎特例接種等を含む)を受ける場合
  - ・A類疾病広域予防接種連絡票(兼申請書)
  - ・予防接種予診票
  - ・母子健康手帳
  - ・マイナンバーカードまたは子ども医療受給者証等の住所、氏名および生年月日が確認できるもの
  - ・予防接種委任状(15歳以下の方の接種に祖父母等を含む保護者以外が同伴する時に必要)
  - ・同意書(13歳以上15歳以下の方が1人で接種を受ける場合に必要)
- RSウイルス予防接種を受ける場合
  - ・A類疾病広域予防接種連絡票(兼申請書)
  - ・予防接種予診票
  - ・母子健康手帳
  - ・マイナンバーカード等の住所、氏名および生年月日が確認できるもの
- 風しん5期予防接種を受ける場合
  - ・A類疾病広域予防接種連絡票(兼申請書)
  - ・予防接種予診票
  - ・市が発行するクーポン券(クーポン券は予診票に貼付してください。)
  - ・2025年3月31日までに行われた、風しん5期(風しんの追加的対策予防接種)の対象となることが分かる抗体検査の結果
  - ・マイナンバーカード等の住所、氏名および生年月日が確認できるもの

【 問合せ 】 一宮市保健所 保健予防課 TEL:0586-52-3854