

定期予防接種他市区町村依頼交付申請書 (A類疾病)

記入例(18歳未満)

安城市長

安城市で実施する予防接種を、他市区町村の医療機関にて接種することを希望するため、次のとおり申請します。
 なお、接種予定の医療機関には、事前に接種を受け入れ可能であることを確認し、了解を得ています。

□

※該当し、又は希望する□にを付けてください。

令和 ● 年 5 月 10 日

申請者 (未成年者の場合は、保護者)	ふりがな 氏名	あんじょう はなこ 安城 花子		続柄 (母)
	現住所	〒 446 - 0045 安城市 横山町下毛賀地106番地1 電話 (0566 - 76 - 1133)		
被接種者 (予防接種を受ける人)	ふりがな 氏名	あんじょう たろう 安城 太郎	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	現住所	生年月日 <input type="checkbox"/> 平成 ● 年 4 月 2 日 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 (0 歳 1 か月)		
予防接種の種類 ※希望するワクチンと回数に <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください。	<input checked="" type="checkbox"/> ロタウイルス 【 <input checked="" type="checkbox"/> ロタックス1回目 <input checked="" type="checkbox"/> ロタックス2回目 <input type="checkbox"/> ロタテック1回目 <input type="checkbox"/> ロタテック2回目 <input type="checkbox"/> ロタテック3回目 】			
	<input checked="" type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌 【 <input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目 <input checked="" type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 4回目 】			
	<input checked="" type="checkbox"/> B型肝炎 【 <input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 】			
	<input checked="" type="checkbox"/> BCG			
	<input checked="" type="checkbox"/> 五種混合1期 【 <input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目 <input checked="" type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加 】			
	<input type="checkbox"/> 四種混合1期 【 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加 】			
	<input type="checkbox"/> ヒブ 【 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 4回目 】			
	<input type="checkbox"/> 三種混合1期			
	<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ			
	<input type="checkbox"/> 麻しん風			
<input type="checkbox"/> 水痘				
<input type="checkbox"/> 日本脳炎				
<input type="checkbox"/> 二種混合2期				
<input type="checkbox"/> ヒパビロマ(子宮頸がん) 【 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 】				
接種する医療機関	医療機関名： 〇〇〇こどもクリニック 所在する市区町村名： 〇〇〇県〇〇市 電話 (0123 - 45 - 6789)			
申請理由	<input type="checkbox"/> かかりつけ医が市外 <input type="checkbox"/> 長期入院治療 <input checked="" type="checkbox"/> 里帰り出産等 <input type="checkbox"/> その他 ()			
滞在先	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 同じでない場合は、記載してください。 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇〇県〇〇市〇〇〇町1丁目2番地3 〇〇〇マンション405 〇〇 〇〇 様方 電話 (090 - 1234 - 5678)			
滞在予定期間	<input checked="" type="checkbox"/> 予定あり (● 年 9 月頃まで) <input type="checkbox"/> 未定			
依頼書等送付先	<input type="checkbox"/> 申請者住所 <input type="checkbox"/> 被接種者住所 <input checked="" type="checkbox"/> 滞在先住所 <input type="checkbox"/> 窓口交付			

【記入にあたっての注意事項】

1回の申請でできるのは、3月末までの分です。翌年度以降に接種するものは、改めて申請が必要です。(申請時期については、保健センターへ問い合わせください。)
消せるペン及び修正液の使用はできません。訂正箇所は二重線を引いてください。

《注意事項》

- ・申請書は、必ず予防接種を受ける2週間前までに届出してください。
- ・予防接種を受けるには、申請後に市が交付する「予防接種依頼書」が必要です。
- ・各医療機関によって、接種方法や自己負担額が異なります。
- ・申請は、年度ごとに必要です。翌年度の分は4月以降に改めて申請してください。

<事務処理欄>

受付者：

《問合せ・申請書提出先》

安城市保健センター(予防接種担当)

〒446-0045 愛知県安城市横山町下毛賀地106番地1 電話：0566-76-1133