

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 (18歳未満の場合 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) | |
| | 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 <input type="checkbox"/> 平成 ● 年 4 月 2 日 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 (0 歳 1 か月) | |
| | 住民登録の ある住所 | <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ。 同じでない場合は、記入してください。 〒 - 安城市 | | | |
| 滞 在 先 (被接種者住所と 同じであれば、記 入不要) | 〒 □□□ - □□□□ 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 | | | | |
| ※希望するワクチンと 回数に <input checked="" type="checkbox"/> を付けてくださ い。 | 予防接種の種類 | | 【 <input type="checkbox"/> ロタウイルス感染症 <input type="checkbox"/> アリックス1回目 <input type="checkbox"/> アリックス2回目 <input type="checkbox"/> アテック1回目 <input type="checkbox"/> アテック2回目 <input type="checkbox"/> アテック3回目 】 | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌感染症 | | 【 <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 checked="" type="checkbox"/> B型肝炎 | | 【 <input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目 <input checked="" type="checkbox"/> 3回目 】 | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> BCG | | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 5種混合 第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"/> 4種混合 第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"/> ヒブ感染症 (Hib) | | 【 <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"/> 3種混合 第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"/> 不活 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 麻し | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 水痘 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 日本 | | 【 <input type="checkbox"/> 第2期】 | | |
| 接種する医療機関 | 医療機関名： 〇〇〇〇こどもクリニック 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 () | | | | |
| 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 | | | | |

《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知106番地1 電話：0566-76-1133