

様式第1 (第5条関係)

安城市特別の理由による任意予防接種実施届出書

安城市長

令和 ○年 ○月 ○日

届出者 (保護者)	ふりがな	あんじょう はなこ		
	氏名	安城 花子		
	住所	〒446-0052 安城市 横山 町 下毛賀知106番地1 電話 0566 - 76 - 1133		
被接種者	ふりがな	あんじょう たろう	生年月日	平成○○年○月○日
	氏名	安城 太郎		
	住民票の住所	☑届出者に同じ。		
理由書 (医師記入欄)	接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できないと判断する理由	<p>例) 令和○○年○月○日に行った骨髄移植手術により、それまでに受けた予防接種の抗体を失ってしまったため</p> <p style="text-align: center;">令和 ○年 ○月 ○日</p> <p>医療機関所在地 □□市□□町×番地</p> <p>医療機関名 □□□□病院</p> <p>医師名 □□□□ 印</p>		
	今回接種する予防接種の種類	<p style="color: red; font-weight: bold;">肺炎球菌(1回目)</p> <p style="color: red; font-weight: bold;">5種混合(1回目)</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p>BCG 4歳未満 肺炎球菌 6歳未満 ヒブ 10歳未満 5種混合 15歳未満 それ以外のワクチン 20歳未満 が助成対象となります。</p> </div>		
備考				

医師に記入を依頼してください。

ゴム印等での記名の場合は、押印が必要です。(スタンプ印不可)

添付書類 母子健康手帳の予防接種の記録が記載されているページ又は骨髄移植手術その他の理由が生じた日以前の予防接種の履歴が確認できるものの写し