

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

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 (被扶養者の場合は、保護者) | ふりがな氏名 | あんじょう はなこ 安城 花子 | | 続柄 (母) |
| | 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 |
| | 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) | |
| 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 | | | |
| 予防接種の種類 ※希望するワクチンと回数に☑を付けてください。 | □ロタウイルス感染症 | | 【 □ロタリックス 1 回目 □ロタリックス 2 回目 】 | |
| | ☑小児の肺炎球菌感染症 | | 【 ☑1 回目 ☑2 回目 ☑3 回目 □追加 】 | |
| | ☑B型肝炎 | | 【 ☑1 回目 ☑2 回目 ☑3 回目 】 | |
| | ☑BCG | | | |
| | ☑5種 | | 【 記入にあたっての注意事項 】 | |
| | □ヒブ | | 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。) | |
| | □3種 | | 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。 | |
| | □不活 | | | |
| | □麻し | | | |
| | □水痘 | | 【 □1 回目 □2 回目 】 | |
| □日本脳炎 | | 【 第 1 期 : □初回 1 回目 □初回 2 回目 □追加 】 【 □第 2 期 】 | | |
| □2 種混合 第 2 期 | | | | |
| □ヒトパピローウイルス (HPV) 感染症 | | 【 □1 回目 □2 回目 □3 回目 】 | | |
| 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。翌年度の方は 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