

定期予防接種他市区町村依頼交付申請書（A類疾病）

令和8年度

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 月 日

申請者 (被扶養者の場合は、保護者)	ふりがな氏名	続柄 ( )		
	住所	〒 - 電話 ( - - )		
被接種者 (予防接種を受ける人)	ふりがな氏名	性別	☐男 ☐女	
		生年月日	☐平成 年 月 日 ☐令和 ( 歳 か月)	
	住民登録のある住所	☐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)	〒 - 様方 電話 ( - - )			
滞在予定期間	☐予定あり ( 年 月頃まで ) ☐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		【 ☐ロタックス1回目 ☐ロタックス2回目 ☐ロタテック1回目 ☐ロタテック2回目 ☐ロタテック3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種混合 第1期		【 ☐1回目 ☐2回目 ☐3回目 ☐追加 】	
	☐ヒブ感染症 (Hib)		【 ☐1回目 ☐2回目 ☐3回目 ☐追加 】	
	☐3種混合 第1期		【 ☐1回目 ☐2回目 ☐3回目 ☐追加 】	
	☐不活化ポリオ		【 ☐1回目 ☐2回目 ☐3回目 ☐追加 】	
	☐麻しん風しん混合		【 ☐第1期 ☐第2期 】	
	☐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： 所在する市区町村名： 電話 ( - - )			
申請理由	☐かかりつけ医が市外 ☐長期入院治療 ☐里帰り出産等 ☐その他 ( )			
依頼書等送付先	☐申請者住所 ☐被接種者住所 ☐滞在先住所 ☐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知106番地1 電話：0566-76-1133