

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、又は希望するにレ印を付けてください。

年 月 日

申請者 (被扶養者の場合は、保護者)	ふりがな				続柄 ()
	氏名				
	住所	〒 -			電話 (- -)
被接種者 (予防接種を受ける人)	ふりがな	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		年 月 日 歳 か月)
	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		
	住民登録のある住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ。 ※同じでない場合は、記入してください。 〒 -			
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	<input type="checkbox"/> 予定あり (年 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印を付けてください。	<input type="checkbox"/> ロタウイルス感染症	【 <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"/> 小児の肺炎球菌感染症	【 <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"/> B型肝炎	【 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目】			
	<input type="checkbox"/> BCG				
	<input type="checkbox"/> 5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"/> 不活化ポリオ	【 <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"/> 麻しん風しん混合	【 <input type="checkbox"/> 第1期 <input type="checkbox"/> 第2期】			
	<input type="checkbox"/> 水痘	【 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目】			
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	【第1期： <input type="checkbox"/> 初回1回目 <input type="checkbox"/> 初回2回目 <input type="checkbox"/> 追加】			
	<input type="checkbox"/> 2種混合 第2期	【 <input type="checkbox"/> 第2期】			
	<input type="checkbox"/> ヒトパピローウイルス (HPV) 感染症	【 <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： 所在する市区町村名：			電話 (- -)	
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 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 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