

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□にレ印を付けてください。

令和 年 月 日

申請者 (被扶養者の場合は、保護者)	ふりがな	あんじょう はなこ		続柄 (母)
	氏名	安城 花子		
	住所	〒446-0045 安城市横山町下毛賀知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	あんじょう たろう	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	氏名	安城 太郎	生年月日	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 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。 〒 -		
滞在先 (被接種者住所と同じであれば、記入不要)	〒 - - 県市町1丁目2番地3 マンション 様方 電話 (- -)			
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。	<input checked="" type="checkbox"/> ロタウイルス感染症	【 <input type="checkbox"/> ロリックス1回目 <input type="checkbox"/> ロリックス2回目 <input checked="" type="checkbox"/> ロテック1回目 <input checked="" type="checkbox"/> ロテック2回目 <input checked="" type="checkbox"/> ロテック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"/> 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"/> 2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 】		
接種する医療機関	医療機関名:	●●●●こどもクリニック		
	所在する市区町村名:	●●県●●市 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 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			

【記入にあたっての注意事項】

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。)
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。

《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。

《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

<事務処理欄>

受付者: