

定期予防接種他市区町村依頼交付申請書（A類疾病）

令和7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 (18歳未満の場合は、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 【 ☐ℳℒℒℒℒℒ 1回目 ☐ℳℒℒℒℒℒ 2回目 】 【 ☐ℳℒℒℒℒℒ 1回目 ☐ℳℒℒℒℒℒ 2回目 ☐ℳℒℒℒℒℒ 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 】		
	☐4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 】		
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：