

愛知県広域予防接種申請書(乳幼児等予防接種用)

令和 年 月 日

以下の理由により、市内指定医療機関以外での予防接種実施を希望するため、**接種歴がわかる親子健康手帳(母子健康手帳)等の写しおよび、予防接種予診票兼接種券を添えて**申請します。なお、実施希望医療機関には、事前に接種受入れ可能であることを確認し了解を得ています。

住所 (住民登録のある住所)	〒 ー 日進市		TEL	- -	
フリガナ		フリガナ			
保護者氏名		接種を受ける人の氏名	生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和 (満 歳 か月)	
申請の理由	1市外にかかりつけ医がいる 2長期に入院治療を要し、市内指定医療機関で予防接種を受けることが困難 3里帰り出産、家庭内暴力などにより市外に長期滞在(滞在予定期間 令和 年 月~令和 年 月) 4その他市長が対象と認めた者(アレルギー等により市外の医療機関で接種が必要な方等)				
滞在先住所 (市外長期滞 在の理由による場 合は必ずご記入 ください)	〒 ー				
	世帯主名		(様方) TEL	- -	
接種実施 機関	* 予防接種の種類によって、接種実施機関が異なる場合は、接種実施機関ごとに1枚ずつ申請書をご記入ください。				
	医療機関名	医療機関 所在地			市・町
	かかりつけ医氏名				
希望する 予防接種 の種類 に チェックし、 回数 を○で 囲む	<input type="checkbox"/> ヒブ 初回(1回目・ 2回目・ 3回目)・ 追加				
	<input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌 初回(1回目・ 2回目・ 3回目)・ 追加				
	<input type="checkbox"/> B型肝炎 1回目・ 2回目・ 3回目				
	<input type="checkbox"/> ロタリックス 1回目・ 2回目				
	<input type="checkbox"/> ロタテック 1回目・ 2回目・ 3回目				
	} どちらを接種するか医療機関と相談のうえ 決定したものを記入ください。				
	<input type="checkbox"/> BCG				
	<input type="checkbox"/> 五種混合 1期初回(1回目・ 2回目・ 3回目)・ 1期追加				
	<input type="checkbox"/> 二種混合 1期初回(1回目・ 2回目)・ 1期追加・ 2期				
	<input type="checkbox"/> 三種混合 1期初回(1回目・ 2回目)・ 1期追加				
	<input type="checkbox"/> ポリオ 1期初回(1回目・ 2回目・ 3回目)・ 1期追加				
	<input type="checkbox"/> 麻しん・風しん混合(MR) 1期・ 2期				
	<input type="checkbox"/> 麻しん 1期・ 2期				
	<input type="checkbox"/> 風しん 1期・ 2期				
	<input type="checkbox"/> 水痘 1回目・ 2回目				
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎 1期初回(1回目・ 2回目)・ 1期追加・ 2期				
<input type="checkbox"/> 子宮頸がん(シルガード9) 1回目・ 2回目・ 3回目					
<input type="checkbox"/> RSウイルス【妊婦のみ】					

私は、有効期限内(申請日が属する年度内)に転出の予定はないこと、転出後に接種した場合は、接種費用が自己負担になること、接種実施機関を変更する場合は再度申請することに同意いたします。

令和 年 月 日

被接種者または保護者署名 _____

親子健康手帳(母子健康手帳)確認・接種記録コピー

台帳確認

NO.

受付: _____