

愛知県広域予防接種申請書

令和 年 月 日

下記の理由により、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、接種履歴がわかる親子健康手帳(母子健康手帳)等の写し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)	〒 日進市	TEL	- -
フリガナ	フリガナ	生年月日	平成 年 月 日 令和 (満 歳 か月)
保護者氏名	接種を受ける人の氏名		
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)	〒 -	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		
	<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"/> 四種混合 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(サーバリックス・ガーダシル) 1回目・ 2回目・ 3回目			
<input type="checkbox"/> 子宮頸がん(シルガード9) 1回目・ 2回目・ 3回目			

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に同意いたします。

令和 年 月 日 保護者署名 _____

NO.

親子健康手帳(母子健康手帳)確認

台帳確認

受付: _____