

令和 ○年 ○月 ○日

(宛先) 岡 崎 市 長

申請者 (被接種者との続柄: 母)
(〒 444 - 8545)

住所 岡崎市若宮町2丁目1番地1 げんきアパート 101号室

氏名 (自署) 岡崎 花子

電話 090-1234-5678

書類に不備があった場合等にご連絡いたしますので、日中に連絡の取りやすい電話番号をご記入ください。

障がい等のために申請者が自署できない場合は代筆可。
(隣に代筆者の氏名・予防接種を受けるかとの続柄を記入してください)

予防接種を受けるかとの氏名

ふりがなを忘れずに

ふりがなを忘れずに

「滞在予定期間中に接種できるもの」かつ「概ね6か月以内に接種できるもの」しか申請できません。
分からない場合は、接種予定の医療機関または岡崎市保健所へご相談ください。

事前に滞在先市町村の予防接種担当部署に確認した「岡崎市からの依頼文の宛先」にチェック

郵送先もいずれかにチェック

滞在先の世帯主名はフルネームで記入。
電話番号は、滞在中に保護者と連絡が取れる番号を記入(携帯でも可)。

添付書類がすべて揃っていないと受理できませんのでご注意ください。また、接種費用の払い戻しに当たっての注意事項も必ずお読みください。

被 接 種 者	ふりがな氏名	おかざき たろう 岡崎 太郎	生年月日	平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 ○年 ○月 ○日
保 護 者	ふりがな氏名	おかざき はなこ 岡崎 花子	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ (□に <input checked="" type="checkbox"/>) 岡崎市
希 望 す る 予 防 接 種 (滞在予定期間中 かつ 概ね6か月以内に接種 を希望する予防接種名 に <input checked="" type="checkbox"/> をいれ、必要な接種 回数に○をつけてくだ さい。五種・四種・三種 混合については、希望す る予防接種のいずれか に○をつけてください。)	定期	<input checked="" type="checkbox"/> ロタ (1回目・2回目・3回目)		
		<input type="checkbox"/> ヒブ (1回目・2回目・3回目・追加)		
		<input checked="" type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 (1回目・2回目・3回目・追加)		
		<input checked="" type="checkbox"/> B型肝炎 (1回目・2回目・3回目)		
		<input checked="" type="checkbox"/> (五種・四種・三種)混合 (1回目・2回目・3回目・追加)		
		<input type="checkbox"/> ポリオ (1回目・2回目・3回目・追加)		
		<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合 (1期・2期)		
		<input type="checkbox"/> 水痘		
		<input type="checkbox"/> 日本脳炎		
		<input type="checkbox"/> 二種混合		
<input type="checkbox"/> 子宮頸がんワクチン				
<input checked="" type="checkbox"/> BCG				
任意		<input type="checkbox"/> おたふくかぜ (1期・2期)		
接種予定医療機関名 (住所)	〇〇こどもクリニック (東京都〇〇区〇〇2丁目2番地2)			
滞在先の世帯主名 (フルネームで記入)	<input checked="" type="checkbox"/> 里帰り (出産・その他) <input type="checkbox"/> ほか <input type="checkbox"/> 長期入院治療中 <input type="checkbox"/> その他 ()			
電話番号 (滞在中に保護者と 連絡が取れる番号を記入 (携帯でも可))	(〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇) <input type="checkbox"/> 被接種者 (□に <input checked="" type="checkbox"/>) 東京都〇〇区〇〇1丁目1番地1 〇〇マンション 〇〇1号室			
世帯主	〇〇 〇〇	様方	電話	03-1234-5678
滞在予定期間	令和 ○年 ○月 ○日 ~ 令和 ○年 ○月 ○日			
予 防 接 種 の 依 頼 先 及 び 郵 送 先	依頼先	<input checked="" type="checkbox"/> 接種予定医療機関宛 <input type="checkbox"/> 市町村宛		
	郵送先	<input checked="" type="checkbox"/> 滞在先住所 <input type="checkbox"/> 申請者住所 <input type="checkbox"/> 被接種者住所 <input type="checkbox"/> 滞在先市町村の役所 <input type="checkbox"/> 郵送不要 (窓口交付)		
ご 注 意 事 項 必ずお読みいただき、ご理解いただけ ましたら□に <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。	<input checked="" type="checkbox"/> 母子健康手帳「出生届出済証明」のページのコピー			
	<input checked="" type="checkbox"/> 母子健康手帳「予防接種の記録」のページのコピー ・すべて空欄のページも必ずコピーして添付してください。 ・予防接種カード (海外様式) のコピーでも可			
	<input checked="" type="checkbox"/> インフルエンザ以外の接種済証 (有・無) ・有の場合は接種済証のコピーを添付してください。			
<input checked="" type="checkbox"/> 接種費用の払い戻し申請は、接種日の翌月末までに間に合うようにその都度「岡崎州市外予防接種費交付申請書」をご提出ください。				