

予防接種依頼申請書

県外等

令和〇年〇月、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

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たとの続柄を記入してください)予防接種を受ける
かたの氏名

予防接種を、市外の医療機関にて受けます。

ふりがなを忘れずに 下記欄に記入して下さい。

被接種者	ふりがな 氏名	おかざき たろう	平成 月日	○年 ○月 ○日
	岡崎 太郎			
保護者 被接種者が16歳以上の場合は記入不要です。	ふりがな 氏名	おかざき はなこ		
	岡崎 花子			
希望する 予防接種 <small>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☑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。</small>	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			
	<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)。

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

予防接種の依頼先 及び郵送先	理由	<input checked="" type="checkbox"/> 里帰り(出産・その他) <input type="checkbox"/> かかりつけ医	
		<input type="checkbox"/> 長期入院治療中 <input type="checkbox"/> その他()	
		(〒〇〇〇-〇〇〇〇)	<input type="checkbox"/> 被接種者住所 ()
		東京都〇〇区〇〇1丁目1番地1 〇〇マンション 101号室	
		世帯主 〇〇 〇〇 様方	電話 03-1234-5678
滞在予定期間: 令和〇年〇月〇日 ~ 令和〇年〇月〇日		郵送先もいずれかにチェック	
依頼先 <input checked="" type="checkbox"/> 接種予定医療機関宛 <input type="checkbox"/> 市町村宛		<input type="checkbox"/> 被接種者住所 ()	
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)	
<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「岡崎市外予防接種費交付申請書」をご提出ください。			

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ご注意事項も必ずお読みください。

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□を入れてください。