

記入例

予防接種依頼申請書

県外等

実際に記入した日

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たとの続柄を記入してください)

岡崎市で実施する予防接種を、市外の医療機関にて接種することを希望

予防接種を受けるかたの氏名

ふりがなを忘れずに

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	令和 ○年 ○月 ○日
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ (□に <input checked="" type="checkbox"/>) 岡崎市		
保護者	ふりがな氏名	おかざき はなこ 岡崎 花子	ふりがなを忘れずに	
被接種者が16歳以上の場合は記入不要です。	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ (□に <input checked="" type="checkbox"/>)		
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。)	定期	<input checked="" type="checkbox"/> ロタ (1回目・2回目・3回目)		
		<input checked="" 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"/> 四種混合 (1回目・2回目・3回目・追加)		
		<input type="checkbox"/> 三種混合 (1回目・2回目・3回目・追加)		
		<input type="checkbox"/> ポリオ		
		<input type="checkbox"/> 麻しん風しん		
		<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 (1回目・2回目・3回目)				
<input checked="" type="checkbox"/> BCG				
任意	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ			
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 }			
市外で接種する理由	<input checked="" type="checkbox"/> 里帰り (出産・その他) <input type="checkbox"/> 長期入院治療中 <input type="checkbox"/> その他			
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)。	滞在先住所 (〒〇〇〇-〇〇〇〇)	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			
添付書類がすべて揃っていないと受理できません。ご注意ください。	滞在先 <input checked="" type="checkbox"/> 接種予定医療機関宛 <input type="checkbox"/> 市町村宛	郵送先もいずれかにチェック		
	滞在先 <input checked="" type="checkbox"/> 滞在先住所 <input type="checkbox"/> 申請者住所			
	<input type="checkbox"/> 滞在先市町村の役所			

「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

* 母子健康手帳の出生届出済証明及び予防接種の記録 (全て空欄の場合を含む) のコピーを添付して下さい。