

令和 年 月 日

(宛先)岡 崎 市 長

申請者（被接種者との続柄： ）  
(〒 - )

住所

氏名 (自署)

電話

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するため、下記のとおり申請します。

被 接 種 者	ふりがな 氏 名		生年 月 日	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ (□に☑) 岡崎市		
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			
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ (□に☑)		
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☑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 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 type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 (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"/> (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 (1 回目・2 回目)		
		<input type="checkbox"/> 日本脳炎 (1 期 [1 回目・2 回目・追加]・2 期)		
		<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 type="checkbox"/> B C G			
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)		{ }		
市外で接種する理由 いずれかに☑をいれてください		<input type="checkbox"/> 里帰り (出産・その他) <input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 家庭内暴力 <input type="checkbox"/> 長期入院治療中 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
滞在先の住所・世帯主名 滞 在 予 定 期 間		(〒 - )		<input type="checkbox"/> 被接種者住所と同じ (□に☑)
		世帯主	様方	電話
		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 事前に滞在先市町村に確認し、 ☑をいれてください		依頼先 <input type="checkbox"/> 接種予定医療機関宛 <input type="checkbox"/> 市町村宛		
		郵送先 <input 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)		
添 付 書 類  添付後、右の□に ☑を入れてください。 添付書類に不備がある場合 受理できません。		<input type="checkbox"/> 母子健康手帳「出生届出済証明」のページのコピー <input 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 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。		
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☑を入れてください。		<input type="checkbox"/> 接種費用の払い戻し申請は、 <u>接種日の翌月末まで</u> 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。		