

予 防 接 種 依 頼 申 請 書

県外等

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 <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 <small>被接種者が16歳以上の場合は記入不要です。</small>	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 <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。</small>	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"/> 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	(1回目・2回目・3回目・追加)		
		<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合	(第1期・第2期)		
		<input type="checkbox"/> 水痘	(1回目・2回目)		
		<input type="checkbox"/> 日本脳炎	(第1期1回目・第1期2回目・第1期追加・第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)			
任意	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ				
接種予定医療機関名 (住所)	[]				
市外で接種する理由 <small>いずれかに☑をいれてください</small>	<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 <small>事前に滞在先市町村に確認し、☑をいれてください</small>	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)			

* 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。