

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。

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

郵送先もいずれかにチェック

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 ○年 ○月 ○日 ☒ 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	生年月日	平成 ○年 ○月 ○日 ☒ 令和 ○年 ○月 ○日
希望する 予 防 接 種	定期	☒ ロタ (1回目・2回目・3回目) ☐ ヒブ (1回目・2回目・3回目・追加) ☒ 小児用肺炎球菌 (1回目・2回目・3回目・追加) ☒ B型肝炎 (1回目・2回目・3回目) ☒ (五種・四種・三種)混合 (1回目・2回目・3回目・追加) ☐ ポリオ (1回目・2回目・3回目・追加) ☐ 麻しん風しん混合 (1期・2期) ☐ 水痘 ☐ 日本脳炎 ☐ 二種混合 ☐ 子宮頸がん ☒ BCG		
	任意	☐ 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)。	☒ 里帰り (出産・その他) ☐ ほか ☐ 長期入院治療中 ☐ その他 () (〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇) ☐ 被接種者 () 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 ☒ 接種予定医療機関宛 ☐ 市町村宛 郵送先 ☒ 滞在先住所 ☐ 申請者住所 ☐ 被接種者住所 ☐ 滞在先市町村の役所 ☐ 郵送不要 (窓口交付)			
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。	☒ 母子健康手帳「出生届出済証明」のページのコピー ☒ 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 ☒ 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。	☒ 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。			