

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	☐ 平成 年 月 日 ☐ 令和 年 月 日
	住 所	☐ 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	☐ 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	☐ 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	(1 回目 ・ 2 回目)	
		☐ 日本脳炎	(1 期 [1 回目 ・ 2 回目 ・ 追加] ・ 2 期)	
		☐ 二種混合		
		☐ 子宮頸がん	(1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目)	
	☐ B C G			
任意	☐ 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		☐ 里帰り (出産 ・ その他) ☐ かかりつけ医 ☐ 家庭内暴力 ☐ 長期入院治療中 ☐ その他 ()		
滞在先の住所・世帯主名 滞 在 予 定 期 間		(〒 -)		☐ 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 ☐ 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 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。		☐ 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、 <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。		