

豊川市外 予防接種実施依頼書発行申請書 (A類疾病)

様式第1号

豊川市長 様

予防接種法に基づく定期予防接種を市外の医療機関で希望するため、次のとおり申請します。

① 申請日	年 月 日		
② 申請者 <small>本人・保護者に 限る</small>	氏名	フリガナ	③ 本人との続柄 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母
	住所	〒	
	電話番号		※ 日中連絡の取れる番号
④ 本人・保護者 以外の方が 代筆する場合	代筆者 氏名		⑤ 本人との続柄 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> その他:

⑥ 接種者 <small>予防接種を 受ける者</small>	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ フリガナ	⑦ 生年月日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 歳 か月
	住民票の ある住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒 豊川市	

⑧ 予防接種 の種類	小児肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 4回目	
	B型肝炎	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目	
	ロタウイルス	ロタリックス	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目
		ロタテック	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目
	5種混合	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 4回目	
	BCG	<input type="checkbox"/>	
	MR	<input type="checkbox"/> 1期 <input type="checkbox"/> 2期	
	水痘	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目	
	日本脳炎	<input type="checkbox"/> 1期1回目 <input type="checkbox"/> 1期2回目 <input type="checkbox"/> 1期追加 <input type="checkbox"/> 2期	
	DT (2種混合)	<input type="checkbox"/> 2期	
	ヒトパピ ローマ ウイルス	シルガード9	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目
		サーバリックス	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目
ガーダシル		<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目	
その他:	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 4回目		
その他:	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 4回目		

⑨ 申請理由	<input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 里帰り <input type="checkbox"/> その他:
⑩ 医療機関	医療機関名: _____ 市町村名: _____
⑪ 予診票	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ⇒ <input type="checkbox"/> 市から送付前 <input type="checkbox"/> 紛失 <small>※予診票がない場合、下の欄に送付が必要な予診票のワクチン・回数を記入</small>

⑫ 書類送付先	<input type="checkbox"/> 申請者住所 <input type="checkbox"/> 接種者住所 <input type="checkbox"/> 来所 ⇒ 来所日: <input type="checkbox"/> 滞在先 ※滞在先に書類の送付を希望する場合は下の欄に記入
※滞在先住所	〒 _____ (_____ 様方)
⑬ 接種予定日	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 予定日: _____ (書類発行までに2~3週間程度かかります)

◆この申請書に必ず母子健康手帳の出生届のページと予防接種記録のページ(1)から(5)を添付してください。

事務処理欄: _____ 受付者: _____ 受付印: _____

母子健康手帳出生届と予防接種記録の全ページ印刷
発行までに2~3週間程度かかることの説明
 広域加入医療機関の確認 はい いいえ → 償還払いについて説明