

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	令和 ● 年 ● 月	
② 申請者 本人・保護者 に限る	氏名	フリガナ トヨカワ タロウ 豊川 太郎
	住所	〒442-0879 豊川市萩山町3丁目77-1
	電話番号	090-1111-2222 ※ 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	④代筆の場合は、本人等の承諾を得た上で記入してください。 代筆の場合でも、本人等の名義で申請してください。

記入見本

ボールペンで太枠の①～⑬までを記入してください。
修正する場合は二重線で訂正してください。

⑥被接種者 予防接種を 受ける者	氏名	フリガナ トヨカワ ハナコ 豊川 花子	⑦ 生年月日 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 ●年 ●月 ●日 ●歳 ●か月
	住民票の ある住所	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目 <input checked="" type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 4回目	
	B型肝炎	<input checked="" type="checkbox"/> 1回	
	ロタウイルス	ロタリックス	<input checked="" type="checkbox"/> 1回
		ロタテック	<input type="checkbox"/> 1回
	5種混合	<input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目 <input checked="" type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 4回目	
	BCG	<input checked="" type="checkbox"/>	
	MR	<input type="checkbox"/> 1期 <input type="checkbox"/> 2期	
	⑧チェック漏れ注意	<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	
	HPV(ヒトパピローマウイルス)	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目	
	妊婦RSウイルス	<input type="checkbox"/>	
その他:	<input type="checkbox"/> 項目がない定期予防接種は「その他:」に種類をご記入の上、接種回数をチェックしてください。		
⑨ 申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 里帰り		
⑩ 医療機関	⑨⑩記載漏れ注意 ●●クリニック 市町村名: ●●市		
⑪ 予診票	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ⇒ <input type="checkbox"/> 市から送付前 <input type="checkbox"/> 紛失 ※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 ⑩⑪チェック漏れ注意		

⑫ 書類送付先	<input type="checkbox"/> 申請者住所 <input checked="" type="checkbox"/> 被接種者住所 <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	〒 里帰り等で滞在先がある場合はご記入ください。 (様方)
⑬ 接種予定日	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有⇒ 予定日: 接種予定日「有」の場合は日付の記入漏れに注意

◆この申請書 ⑫⑬チェック漏れ注意 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:
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

受付者: 受付印: