

市外予防接種実施依頼申請書

年 月 日

豊岡市長様

申請者 ㊦

住所 _____

氏名 _____

(被接種者との続柄 _____)

電話番号 _____

(昼間に連絡可能な番号を記入してください)

標記のことについて、下記のとおり予防接種を受けたいので、豊岡市市外予防接種実施要綱第4条第1項の規定により次のとおり申請します。

なお、予防接種を受ける市区町村で費用を徴収される場合は、接種者及び保護者が全額負担します。

記

被 接 種 者	ふりがな 氏 名	_____		男・女	生 年 月 日	年 月 日 (歳 か月)
	住 所	豊岡市				
	※未成年の場合 保護者氏名	(住所： _____)				
接 種 を 希 望 す る 予 防 接 種	医療機関に事前相談の上、□にチェックし、接種回数を選択。ロタ・子宮頸がんはワクチンも選択					
	☐ ヒブ	初回 (1・2・3) 回目、追加				
	☐ 小児用肺炎球菌	初回 (1・2・3) 回目、追加				
	☐ ロタ [ロタテック ・ ロタリックス]	(1・2) 回目、ロタテック 3 回目				
	☐ B型肝炎	(1・2・3) 回目				
	☐ 五種混合	第1期初回 (1・2・3) 回目、追加				
	☐ 四種混合	第1期初回 (1・2・3) 回目、追加				
	☐ BCG					
	☐ 麻しん風しん	第1期、第2期、第5期				
	☐ 水痘	(1・2) 回目				
	☐ 日本脳炎	第1期初回 (1・2) 回目、追加、第2期				
	☐ ジフテリア・破傷風	第2期				
	☐ 子宮頸がん [9価 ・ 4価 ・ 2価]	(1・2・3) 回目				
	☐ 高齢者インフルエンザ					
	☐ 成人用肺炎球菌					
☐ 新型コロナウイルス感染症						
☐ 帯状疱疹 [生ワクチン ・ 不活化ワクチン (1回目・2回目)]						
接 種 を 受 け る 場 所	依 頼 先 (どちらかに○)		市区町村 ・ 医療機関	市区町村		
	医療 機関	所在地	㊦			
		名 称			電 話 番 号	
滞 在 先	住 所	㊦				
	氏 名	様方		電 話 番 号		
市外で接 種を希望 する理由	☐ 上記の医療機関で継続的に治療を受けているため					
	☐ 上記の医療機関に入院中のため					
	☐ その他やむを得ない理由 具体的に記入 [_____]					