

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				
	<input type="checkbox"/> ヒブ	初回 (1・2・3) 回目、追加			
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌	初回 (1・2・3) 回目、追加			
	<input type="checkbox"/> 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			
	<input type="checkbox"/> B型肝炎	(1・2・3) 回目			
	<input type="checkbox"/> 五種混合	第1期初回 (1・2・3) 回目、追加			
	<input type="checkbox"/> 四種混合	第1期初回 (1・2・3) 回目、追加			
	<input type="checkbox"/> BCG				
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん	第1期、第2期			
	<input type="checkbox"/> 水痘	(1・2) 回目			
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	第1期初回 (1・2) 回目、追加、第2期			
	<input type="checkbox"/> ジフテリア・破傷風	第2期			
	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん [9価・4価・2価]	(1・2・3) 回目			
	<input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ				
<input type="checkbox"/> 成人用肺炎球菌					
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症					
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	〒 _____			
	医療機関 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	<input type="checkbox"/> 上記の医療機関で継続的に治療を受けているため				
	<input type="checkbox"/> 上記の医療機関に入院中のため				
	<input type="checkbox"/> その他やむを得ない理由 具体的に記入 (_____)				