

## 様式第 1 号（第 4 条関係）

## 市外予防接種実施依頼申請書

年 月 日

豊岡市長様

申請者 氏

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<br>接<br>種<br>者                                    | ふりがな<br>氏 名                                               |        |                             | 男・女     | 生 年<br>月 日 | 年 月 日<br>( 歳 か月) |
|                                                     | 住 所                                                       | 豊岡市    |                             |         |            |                  |
|                                                     | ※未成年の場合<br>保護者氏名                                          | (住所: ) |                             |         |            |                  |
| 接<br>種<br>を<br>希<br>望<br>す<br>る<br>予<br>防<br>接<br>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。小児用肺炎球菌・ロタ・B型肝炎・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 [ 20 価 ・ 15 価 ]                                 |        | 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 [ 0.5ml ・ 0.25ml ]                                 |        | ( 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                 |         |            |                  |
|                                                     | □ 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                                           |                                                           |        |                             |         |            |                  |
| 接 種 を<br>受 け る<br>場 所                               | 依 頼 先<br>(どちらかに○)                                         |        | 市区町村 ・ 医療機関                 |         | 市区<br>町村   |                  |
|                                                     | 医療<br>機関                                                  | 所在地    | 氏                           |         |            |                  |
|                                                     |                                                           | 名 称    |                             |         | 電 話 番 号    |                  |
| 滞 在 先                                               | 住 所                                                       | 氏      |                             |         |            |                  |
|                                                     | 氏 名                                                       | 様方     |                             | 電 話 番 号 |            |                  |
| 市外で接<br>種を希望<br>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<br>具体的に記入 { }                               |        |                             |         |            |                  |