

市外予防接種実施依頼申請書

年 月 日

豊岡市長様

申請者 氏名 _____
 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。小児用肺炎球菌・ロタはワクチンも選択。 | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> ヒブ | 初回（1・2・3）回目、追加 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌〔プレバナー20・バクテュバンス〕 | 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"/> 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〕 | （1・2）回目、15歳以上で開始の場合3回目 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> RSウイルス〔妊婦用〕 | | | | | |
| | <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 | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 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 | <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 [_____] | | | | | |

