

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	<b>医療機関に事前相談の上、□にチェックし、接種回数を選択。ロタはワクチンも選択。</b>						
	<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"/> 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 [ ]						