

広域的予防接種申請書

令和 年 月 日

矢巾町長 高橋 昌造 様

申請者氏名 (保護者) _____ (続柄) _____

下記の理由により、他市町村において予防接種を希望するので、広域接種パスポート (予防接種実施依頼書) の交付を申請します。

被接種者氏名	_____ 年 月 日生 (_____ 歳 _____ か月)
住 所	〒 _____ (Tel _____) ※日中に連絡の取れる電話番号
滞在先住所	〒 _____ (Tel _____) ※日中に連絡の取れる電話番号(上記と異なる場合のみ)
接種予定 医療機関名	所在地: _____ 県 _____ 市 医療機関名: _____
広域接種を希望する 予防接種の種類	ロタウイルスワクチン (1回目・2回目・3回目) B型肝炎 (1回目・2回目・3回目) ヒブ (1回目・2回目・3回目・追加) 小児用肺炎球菌 (1回目・2回目・3回目) 追加 三種混合第1期 (1回目・2回目・3回目)・追加 五種混合第1期 (1回目・2回目・3回目・追加) BCG、不活化ポリオ (1回目・2回目・3回目)・追加 麻しん風しん (第1期・第2期)、 麻しん単抗原 (第1期・第2期)、 風しん単抗原 (第1期・第2期)、 水痘 (1回目・2回目)、ジフテリア・破傷風第2期、 日本脳炎第1期 (1回目・2回目・追加)、 日本脳炎第2期、 子宮頸がん予防ワクチン (1回目・2回目・3回目) RSウイルス感染症
広域的予防接種を 希望する理由	<input type="checkbox"/> かかりつけ医又は主治医が住所地市町村外の県内にいる。 <input type="checkbox"/> 母親の出産や施設入所等の理由により、住所地市町村外に長期滞在している。 <input type="checkbox"/> その他やむを得ない事情により、住所地市町村で定期的予防接種を受けることが困難である。 (_____) <input type="checkbox"/> 上記以外 (_____)

決裁欄

上記について申出がなされましたので、広域接種パスポート (予防接種実施依頼書) の交付をしてもよろしいでしょうか。

上記について申出がなされましたが、対応可能な医療機関がないため接種費用助成を案内します。

課長	補佐	係長	起案者	公印

令和 年 月 日