

# 広域予防接種申出書

刈谷市長

令和 年 月 日

申請者 住所 \_\_\_\_\_

フリガナ  
保護者氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

1 被接種者 (接種を受ける人)	住 所 : <input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 刈谷市 ( _____ )	
	フリガナ 氏 名 : _____ ( 男 ・ 女 )	
生年月日 : 平成・令和 年 月 日 ( 歳 か月 )		
2 希望する 予防接種  ( ) 内に○を 付けてくださ い。	ロタウイルス	ロタリックス : 1回目 ( )、2回目 ( ) ロタテック : 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 ( )、4回目 ( )
	小児用肺炎球菌	15価 : 1回目 ( )、2回目 ( )、3回目 ( )、4回目 ( )
		20価 : 1回目 ( )、2回目 ( )、3回目 ( )、4回目 ( )
	3種混合	1回目 ( )、2回目 ( )、3回目 ( )、追加 ( )
	4種混合	1回目 ( )、2回目 ( )、3回目 ( )、追加 ( )
	5種混合 (4種混合+ヒブ)	1回目 ( )、2回目 ( )、3回目 ( )、追加 ( )
	BCG	( )
	MR (麻しん風しん)	1期 ( )、2期 ( )
	水痘	1回目 ( )、2回目 ( )
	日本脳炎	1期1回目 ( )、2回目 ( )、追加 ( )、2期 ( )
		[特例] 1期1回目 ( )、2回目 ( )、追加 ( )
	DT2期	( )
	不活化ポリオ	1回目 ( )、2回目 ( )、3回目 ( )、追加 ( )
HPV (子宮頸がん予防)	サーバリックス	1回目 ( )、2回目 ( )、3回目 ( )
	ガーダシル	1回目 ( )、2回目 ( )、3回目 ( )
	シルガード	1回目 ( )、2回目 ( )、3回目 ( )
3 接種希望 医療機関	名 称 : _____	
所在地 : _____ 市・町・村 電話番号 : _____		
4 他市での 接種理由  該当する番号 に○を付けて ください。	① かかりつけ医のため	
	② 長期に入院治療を要するため	
	③ 里帰り出産等やむを得ない事情で長期滞在するため	
	④ その他 ( _____ )	
※住所地と異なる場合		〒 _____
連絡票送付先 (滞在先住所)		_____ 様方 電話番号 : _____
滞在予定期間		令和 年 月から令和 年 月まで ・ 未定

◇任意予防接種 (一部費用助成) ※接種予定がある場合は、( ) 内に○を付けてください。

予防接種名	記入欄	対 象
おたふくかぜ	( )	1歳～2歳未満
	( )	小学校就学前1年間 (年長児)

【刈谷市記載欄】

予約 : 未 ・ 済 ( 月 日 ) 備考 :

# 広域予防接種申出書

記入上の注意

ボールペンで記入してください。  
消せるボールペンの使用は不可

訂正箇所は、二重線を引き、訂正してください。  
修正テープの使用は不可

令和 年 月 日

申請者 住所  
 フリガナ  
 保護者氏名 接種に同伴する保護者の氏名

電話番号 日中につながる連絡先

1 被接種者 (接種を受ける人)	住 所: <input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 刈谷市 ( ) フリガナ 氏 名: (男・女) 生年月日: 平成・令和 年 月 日 ( 歳 か月)	
2 希望する 予防接種  ( ) 内に○を 付けてくださ い。	ロタウイルス B型肝炎 ヒブ 小児用肺炎球菌 3種混合 4種混合 5種混合 (4種混合+ヒブ) BCG (麻しん風しん) 小児肺炎 DT2期 不活化ポリオ HPV (子宮頸がん予防)	ロタリックス: 1回 ロタテック: 1回 1回目 ( ), 2回目 ( ) 1回目 ( ), 2回目 ( ), 3回目 ( ), 追加 ( ) 15価: 1回目 ( ) 20価: 1回目 ( ) 1回目 ( ), 2回目 ( ) 1回目 ( ), 2回目 ( ) 1回目 ( ), 2回目 ( ), 3回目 ( ), 追加 ( ) ( ) 1期 ( ), 2期 ( ) 1回目 ( ), 2回目 ( ) 1期1回目 ( ), 2回目 ( ), 追加 ( ), 2期 ( ) [特例] 1期1回目 ( ), 2回目 ( ), 追加 ( ) ( ) 1回目 ( ), 2回目 ( ), 3回目 ( ), 追加 ( ) サーバリックス 1回 ( ) ガーダシル 1回 ( ) シルガード 1回 ( )
2026年3月末までに 接種可能なものを申請 できます。		
3 接種希望 医療機関	名 称: _____ 所在地: _____市 _____村 _____ 電話番号: _____ - _____	
4 他市での 接種理由	① かかりつけ医のため ② 長期に入院治療を要するため ③ 里帰り出産等やむを得ない事情 ④ その他 ( _____ )	
該当する番号 に○を付けて ください。	※住所地と異なる場合 連絡票送付先 (滞在先住所)  滞在予定期間	〒 _____ _____ 様方 電話番号: _____ - _____ 令和 年 月 から 令和 年 月 まで ・ 未定

ロタウイルスワクチンは、2種類あります。  
**ロタリックス**か**ロタテック**のどちらで  
 接種するか医療機関に確認してください。

小児用肺炎球菌ワクチンは、2種類あります。  
**15価**か**20価**のどちらで接種するか  
 医療機関に確認してください。

BCGを実施していない医療機関もあります。  
 接種予定の方は医療機関にご確認ください。

どのHPVワクチンで接種するか  
 医療機関に確認してください。

正式名称でご記入ください。  
 希望する予防接種が実施可能か  
 医療機関にご確認ください。

◇任意予防接種 (一部費用助成) ※接種予定がある場合は、( ) 内に○を付けてください。

予防接種名	記入欄	対 象
おたふくかぜ	( )	1歳～2歳未満
	( )	小学校就学前1年間 (年長児)

【刈谷市記載欄】 予約: 未・済 ( 月 日 ) 備考: \_\_\_\_\_