

指定外機関予防接種申出書

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 予防接種名 希望するものに○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	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	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
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 指定外機関 での接種理由 該当するものに○を付けてください。	(1)里帰りのため (2)かかりつけ医のため (3)長期に入院治療を要するため (4)その他() *滞在先の連絡先 住 所: 〒 様方 電話番号: - - 滞在期間: 令和 年 月から令和 年 月まで	
4 接種希望 医療機関	名 称: 住 所: 〒 電話番号: - -	

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)

記入上の注意

令和 年 月 日

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

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 予防接種名 希望するものに○を付けてください。	ロタウイルス	ロタリックス : 1 ロタテック : 1	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。
	B型肝炎	1回目()、2	
	ヒブ	1回目()、2回目()、3回目()、4回目()	
	小児用肺炎球菌	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	1回目()、2回目()	
	BCG	()	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。
	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()	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。
	ガーダシル	1回目()	
	シルガード	1回目()	

県外滞在期間中に接種可能なものを申請できます。

滞在先の連絡先として、〇〇様方及び滞在期間を必ずご記入ください。

3 指定外機関での接種理由 該当するものに○を付けてください。	(1)里帰りのため (2)かかりつけ医のため (3)長期に入院治療を要するため (4)その他() *滞在先の連絡先 住 所: 〒 電話番号: - - 滞在期間: 令和 年 月から令和 年 月まで
---	--

4 接種希望医療機関	名 称: 住 所: 〒 電話番号:
---------------	-------------------------

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必ずご記入ください。

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)