

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: ☐ 同上 ☐ 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	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()
希望するものに ○を付けてくだ さい。	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()
	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 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 指定外機関 での接種理由	(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)

- ・ボールペンで記入してください。
消せるボールペン使用不可。
- ・訂正箇所は、2本線を引き、訂正してください。
修正テープ使用不可。

指定外機関予防接種申出書

記入上の注意

申請日

令和 年 月 日

接種に同伴する保護者

申請者 住所

フリガナ
保護者氏名

電話番号

日中連絡がとれる
同伴者の電話番号

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。

2	予防接種名	ロタウイルス	ロタリックス : 1回目()、2回目()
		B型肝炎	ロタテック : 1回目()、2回目()
	希望するものに ○を付けてくだ さい。	ヒブ	1回目()、2回目()
		小児用肺炎球菌	1回目()
		4種混合	1回目()、2回目()
		5種混合	1回目()、2回目()、3回目()、追 加()
		BCG	()

5種混合を受ける場合は、4種混合
とヒブは接種できません。
どちらで接種するか医療機関に
確認してください。

県外滞在期間中に接種可
能なもの申請

※刈谷市に住民登録があること

BCGは、個別接種を実施して
いない医療機関もあります。
接種予定の人は医療機関に
確認してください。

	DT2期	()
	不活化ポリオ	1回目()、2回目()、3回目()
	HPV (子宮頸がん予防)	サーバリックス 1回目()、2回目() ガーダシル 1回目()、2回目() シルガード 1回目()、2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。

3	指定外機関 での接種理由	(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()
	該当するものに ○を付けてくだ さい。	* 滞在先の連絡先 住 所: 〒 〇〇様方を必ず記入 滞在予定期間を記入 電話番号: - - 滞 在 期 間: 令和 年 月から令和 年 月まで

正式名称で記入してください。
希望する予防接種が可能か、
医療機関に確認してください。

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)