課 長	係 長	係

申請日　　年　　月　　日

宝塚市長　あて

兵庫県広域予防接種申込書

下記のとおり、広域予防接種を利用したいので申し込みます。

記　※保護者以外が申し込む場合、委任状が別途必要

申請者（保護者）	住所	宝塚市		
	氏名	被接種者との続柄（　　）		
	電話番号	ー　　ー　　※日中連絡可能な電話番号		
被接種者	住所	宝塚市 □申請者住所と同じ		
	フリガナ		性別	男・女
	氏名			
	生年月日	年　　月　　日　　（　　歳　　か月）		
申請理由		かかりつけ医　・　長期滞在中　・　その他（　　）		
接種を希望する医療機関		所在地：〒		
		名　称： ※正確にご記入ください（略称は不可）		

予防接種の種類（接種を希望するものに〇をつけてください）			
※概ね６か月以内に接種予定のものについてのみ申請してください。	ロタウイルス（ロタリックス）	1回目　・　2回目	※医療機関にﾛﾀﾘｯｸｽ・ﾛﾀﾃｯｸ　どちらを接種するか確認済ですか □確認済　　□確認していない （確認済でないと申請できません）
	ロタウイルス（ロタテック）	1回目　・　2回目　・　3回目	
	ヒブ	初回1回目　・　2回目　・　3回目　・　追加	
	小児用肺炎球菌	初回1回目　・　2回目　・　3回目　・　追加	
	Ｂ型肝炎	1回目　・　2回目　・　3回目	
	４種混合	1期初回1回目　・　2回目　・　3回目　・　追加	
	ＢＣＧ		
	麻しん・風しん	1期　・　2期	
	水痘	1回目　・　2回目　（水痘既往歴のある方は定期接種対象外）	
	日本脳炎	1期初回1回目　・　2回目　・　追加　・　2期	
	ジフテリア・破傷風2期		
	不活化ポリオ	1期初回1回目　・　2回目　・　3回目　・　追加	
	子宮頸がん予防	1回目　・　2回目　・　3回目 シルガード９・ガーダシル・サーバリックス　←いずれかを〇で囲む	

※郵送で申請される場合は、①申込書（枠内をもれなく記入）②母子健康手帳予防接種欄のコピー③返信用封筒に送付先を記載したもの（84円切手貼付）を下記へ送付してください。
郵送先：〒665-0827　宝塚市小浜4丁目4番1号　宝塚市立健康センター　予防接種担当　宛
電　話：0797-86-0056

*職員記入欄
□申請者　□被接種者　□申請理由　□医療機関　□接種履歴　□予防接種の種類□宛名
□還付申請書　□窓口　□郵便

R5.4