

| | | |
|----|----|---|
| 課長 | 係長 | 係 |
| | | |

申請日 年 月 日

宝塚市長 あて

市外における予防接種依頼書発行申請書（こども用）

下記のとおり、定期接種を市外で受けたいので、予防接種依頼書の発行をお願いします。

記

★申請者は、原則、被接種者が18歳未満の場合は保護者、18歳以上の場合は被接種者本人です。

| | | | | | |
|---|-----------------|---|---------------------------|--|-----|
| 被接種者 | 住所 | 宝塚市 | | | |
| | フリガナ | | | | |
| | 氏名 | | | 性別 | 男・女 |
| | 生年月日 | 年 月 日 (歳) | | | |
| | 電話番号 | - - | | | |
| 申請者★ | 住所 | <input type="checkbox"/> 被接種者と同じ | | | |
| | 氏名 | <input type="checkbox"/> 被接種者と同じ 被接種者との続柄 () | | | |
| | 電話番号 | <input type="checkbox"/> 被接種者と同じ - - ※日中連絡可能な電話番号 | | | |
| 予防接種の種類 (接種を希望するものに ○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とロテック、どちらを接種するか確認済みですか。 <input type="checkbox"/> 確認済み <input type="checkbox"/> 確認していない (確認済みでないとは申請できません) | |
| | ロタウイルス (ロタテック) | 1回目・2回目・3回目 | | | |
| | 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 | | | |
| | 5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 | | | |
| | 日本脳炎 | 1期初回1回目・2回目・追加・2期 | | | |
| | ジフテリア・破傷風混合第2期 | | | | |
| | 子宮頸がん予防 | 1回目・2回目・3回目 | | | |
| | 妊婦RSウイルス | 1回 | | | |
| | 申請理由 | <input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 長期滞在中 | | | |
| 接種市町村 (医療機関所在地) | | | 医療機関名 ※定期接種実施医療機関に限ります | | |
| 滞在先住所 (住民票の住所以外に滞在の方のみ) | | | 電話 | - - | |

※予防接種依頼書の発行前に接種された方は、費用助成の対象外です。

【申請に必要な書類等】

- 申請書 (この用紙)
- 母子健康手帳の「出生届出済証明」と「予防接種記録欄 (白紙部分を含む全ページ)」のコピー
- [妊婦RSウイルスを希望する方]生まれてくるこどもの母子健康手帳の「最終月経開始日」と「予防接種記録欄 (白紙部分を含む全ページ)」のコピー
- [依頼書の交付を郵便で希望する方]送付先を記載した返信用封筒 (切手貼付)
- [申請者が保護者 (被接種者が成人の場合は本人) 以外の場合]委任状等

〔申請先: 〒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〕
電話: 0797-86-0056

※職員記入欄

- 宛名 住所 電話番号 氏名 生年月日 対象年齢 申請者 接種履歴 予防接種の種類
- 申請理由 滞在先住所 還付申請書 窓口 郵便