

課長	係長	係

申請日 年 月 日

宝塚市長 あて

申請者（保護者）

〔※必ずご記入ください〕住所：宝塚市

氏名：_____

被接種者との続柄（_____）

市外における予防接種依頼書発行申請書（子ども用）

下記のとおり、定期予防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

被接種者	住所	宝塚市			
	フリガナ	_____		性別	男・女
	氏名	_____			
	生年月日	_____年 _____月 _____日			
予防接種の種類 <small>（接種を希望するものに○をつけてください）</small> *概ね3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		※令和2年8月1日以降生まれの方が対象です。 ※医療機関にロタリックス・ロテック どちらを接種するか確認済ですか <input type="checkbox"/> 確認済 <input type="checkbox"/> 確認していない（確認済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			
	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 ガーダシル・サーバリックス ←どちらかに○を付けてください			
申請理由	かかりつけ医 ・ 長期滞在中				
接種市町村	_____	医療機関名	_____	※市町村の定期予防接種実施医療機関に限ります	
滞在先住所（市外に滞在の方）	_____				電話（_____） 様方
※阪神6市1町（尼崎市、西宮市、芦屋市、伊丹市、川西市、三田市、猪名川町）以外の市町村での接種を希望する人は、市町村の予防接種担当課へ直接連絡していただき、下記を確認し□にチェックしてください。 ①依頼書の宛名：□市町村長宛 □医療機関宛 ②窓口負担額：□無料 □全額自己負担（市の還付制度が利用できます）					
※郵送で申請される場合は、①申請書（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

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