

京都府以外の機関で予防接種を受ける場合の申請書

① 申請日	令和 年 月 日		
② 被接種者	ふりがな		生年月日
	氏名		年 月 日生
③ 保護者(申込者)			続柄
④ 現住所	向日市		連絡先
⑤ 予防接種名	BCG		
	Hib感染症(1回目・2回目・3回目・追加)		
	小児の肺炎球菌感染症(1回目・2回目・3回目・追加) 種類()		
	B型肝炎(1回目・2回目・3回目)		
	ポリオ(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)、4種混合(1回目・2回目・3回目・追加)		
	麻しん風しん混合(1期・2期) 麻しん(1期・2期) 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・1期初回2回目・1期追加・2期)		
	ジフテリア破傷風(2期) ヒトパピローマウイルス感染症(1回目・2回目・3回目)		
ロタウイルスワクチン(1回目・2回目・3回目) 種類()			
⑥ 接種を希望する機関 (第1候補と第2候補を書いて下さい)	①名称		②名称
	①所在地	〒	②所在地
	①連絡先		②連絡先
⑦ 上記医療機関で接種する理由	1 ⑧に長期にわたり滞在するため。【滞在予定期間: 年 月 日頃まで】 2 その他 []		
⑧ 滞在先	〒		滞在先世帯主名
			連絡先

----- 市 処 理 欄 (以下は記入しないでください。) -----

住民確認(個人番号)	接種歴確認	親子(母子)健康手帳・その他
	<input type="checkbox"/> 府外の個別医療機関で受ける場合	<input type="checkbox"/> 他市町の集団接種を受ける場合
発行済みの予診票	Hib(1・2・3・追加) 肺炎球菌(1・2・3・追加) B型肝炎(1・2・3) ポリオ(1・2・3・追加) 5種混合(1・2・3・追加) 4種混合(1・2・3・追加) MR(1期・2期) 水痘(1回目・2回目) 日本脳炎1期(1・2・追加)・2期 日脳特例(20歳の前日まで) (1・2・追加・2期) 2種混合(2期) ヒトパピローマ(1・2・3・追加) ロタウイルスワクチン(1・2・3) (種類: ロタリックス・ロタテック)	依頼先の医療機関の承諾を得て契約を締結し、その後書式を発行又は連絡する。 (1か月程度必要)
		依頼先の承諾を得て「依頼書」を郵送する。 (10日間程度必要)