

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 年 月 日 生 | | |
| | 氏 名 | | | |
| 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) | | | |
| | 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) | | | |
| | 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 处 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 | 母子健康手帳・その他 | |
|------------|---|---|--|
| | □ 府外の個別医療機関で 受ける場合 | | □ 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) 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) 日本脳炎特例(9~13歳) (1・2・追加) 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) |
| | | | |