

広域予防接種申出書

刈谷市長

令和 年 月 日

申請者 住所

フリガナ
保護者氏名

電話番号

1 被接種者 (接種を受ける人)	住 所 : <input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 刈谷市 ()	
	フリガナ 氏 名 : (男・女)	
	生年月日 : 平成・令和 年 月 日 (歳 か月)	
2 希望する 予防接種 () 内に○を 付けてくださ い。	ロタウイルス	ロタリックス : 1回目 ()、2回目 () ロタテック : 1回目 ()、2回目 ()、3回目 ()
	B型肝炎	1回目 ()、2回目 ()、3回目 ()
	ヒブ	1回目 ()、2回目 ()、3回目 ()、4回目 ()
	小児用肺炎球菌	1回目 ()、2回目 ()、3回目 ()、4回目 ()
	4種混合	1回目 ()、2回目 ()、3回目 ()、追加 ()
	BCG	()
	MR (麻しん風しん)	1期 ()、2期 ()
	水痘	1回目 ()、2回目 ()
	日本脳炎	1期1回目 ()、2回目 ()、追加 ()、2期 () [特例] 1期1回目 ()、2回目 ()、追加 ()
	DT2期	()
	不活化ポリオ	1回目 ()、2回目 ()、3回目 ()、追加 ()
	子宮頸がん予防	サーバリックス 1回目 ()、2回目 ()、3回目 () ガーダシル 1回目 ()、2回目 ()、3回目 ()
3 接種希望 医療機関	名 称 : 所在地 : 市・町・村 電話番号 : - -	
4 他市での 接種理由 該当する番号 に○を付けて ください。	① かかりつけ医のため ② 長期に入院治療を要するため ③ 里帰り出産等やむを得ない事情で長期滞在するため ④ その他 ()	
	※住所地と異なる場合 連絡票送付先 (滞在先住所)	〒 様方 電話番号 : - -
	滞在予定期間	令和 年 月から令和 年 月まで ・ 未定

◇任意予防接種 (一部費用助成) ※接種予定がある場合は、() 内に○を付けてください。

予防接種名	記入欄	対 象
おたふくかぜ	()	1歳～2歳未満
	()	小学校就学前1年間 (年長児)

【刈谷市記載欄】

予約 : 未 ・ 済 (月 日) 備考 :

広域予防接種申出書

記入上の注意

ボールペンで記入してください。
消せるボールペンの使用は不可

訂正箇所は、二重線を引き、訂正してください。
修正テープの使用は不可

令和 年 月 日

申請者 住所

フリガナ
保護者氏名

電話番号

接種に同伴する保護者の方

日中につながる連絡先をご記入ください。

1 被接種者 (接種を受ける人)	住 所 : <input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 刈谷市 ()	
	フリガナ 氏 名 : _____	
生年月日 : 平成・令和 年 月 日		
2 希望する 予防接種 () 内に○を 付けてくださ い。	ロタウイルス	ロタリックス : 1回目 () ロタテック : 1回目 ()
	B型肝炎	1回目 ()、2回目 ()
	ヒブ	1回目 ()、2回目 ()、3回目 ()、4回目 ()
	小児用肺炎球菌	1回目 ()、2回目 ()、3回目 ()、4回目 ()
	4種混合	1回目 ()、2回目 ()
	BCG	()
	MR (麻しん風しん)	1期 ()、2期 ()
	水痘	1回目 ()、2回目 ()
	髄膜炎	1期1回目 ()、2回目 ()、追加 ()、2期 () [特例] 1期1回目 ()、2回目 ()、追加 ()
	ヒポリオ	()
子宮頸がん予防	サーバリックス	1回目 ()
	ガーダシル	1回目 ()
3 接種希望 医療機関	名 称 : _____	
所在地 : _____ 市・町・村 電話番号 : _____		
4 他市での 接種理由 該当する番号 に○を付けて ください。	① かかりつけ医のため	
	② 長期に入院治療を要するため	
	③ 里帰り出産等やむを得ない事情で長期滞在するため	
	④ その他 ()	
※住所地と異なる場合		〒 _____
連絡票送付先 (滞在先住所)		_____ 様方 電話番号 : _____
滞在予定期間		令和 年 月 から 令和 年 月 まで ・ 未定

ロタウイルスワクチンは、2種類
あります。
ロタリックスか**ロタテック**の
どちらで接種するか医療機関に
確認してください。

BCGを実施していない医療機関
もあります。接種予定の方は医療
機関にご確認ください。

正式名称でご記入ください。
希望する予防接種が実施可能か
医療機関にご確認ください。

2022年3月末までに
接種可能なものを申請
できます。

◇任意予防接種 (一部費用助成) ※接種予定がある場合は、() 内に○を付けてください。

予防接種名	記入欄	対 象
おたふくかぜ	()	1歳～2歳未満
	()	小学校就学前1年間 (年長児)

【刈谷市記載欄】

予約 : 未 ・ 済 (月 日) 備考 :