

# 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。		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">ロタウイルス</td> <td>ロタリックス： 1回目 ( )、2回目 ( )</td> </tr> <tr> <td></td> <td>ロタテック： 1回目 ( )、2回目 ( )、3回目 ( )</td> </tr> <tr> <td>B型肝炎</td> <td>1回目 ( )、2回目 ( )、3回目 ( )</td> </tr> <tr> <td>ヒブ</td> <td>1回目 ( )、2回目 ( )、3回目 ( )、4回目 ( )</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">小児用肺炎球菌</td> <td>15価： 1回目 ( )、2回目 ( )、3回目 ( )、4回目 ( )</td> </tr> <tr> <td>20価： 1回目 ( )、2回目 ( )、3回目 ( )、4回目 ( )</td> </tr> <tr> <td>4種混合</td> <td>1回目 ( )、2回目 ( )、3回目 ( )、追加 ( )</td> </tr> <tr> <td>5種混合 (4種混合+ヒブ)</td> <td>1回目 ( )、2回目 ( )、3回目 ( )、追加 ( )</td> </tr> <tr> <td>BCG</td> <td>( )</td> </tr> <tr> <td>MR (麻しん風しん)</td> <td>1期 ( )、2期 ( )</td> </tr> <tr> <td>水痘</td> <td>1回目 ( )、2回目 ( )</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">日本脳炎</td> <td>1期1回目 ( )、2回目 ( )、追加 ( )、2期 ( )</td> </tr> <tr> <td>[特例] 1期1回目 ( )、2回目 ( )、追加 ( )</td> </tr> <tr> <td>DT2期</td> <td>( )</td> </tr> <tr> <td>不活化ポリオ</td> <td>1回目 ( )、2回目 ( )、3回目 ( )、追加 ( )</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">HPV (子宮頸がん予防)</td> <td>サーバリックス 1回目 ( )、2回目 ( )、3回目 ( )</td> </tr> <tr> <td>ガーダシル 1回目 ( )、2回目 ( )、3回目 ( )</td> </tr> <tr> <td>シルガード 1回目 ( )、2回目 ( )、3回目 ( )</td> </tr> </table>	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	15価： 1回目 ( )、2回目 ( )、3回目 ( )、4回目 ( )	20価： 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 ( )	5種混合 (4種混合+ヒブ)	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 ( )	HPV (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 ( )	シルガード 1回目 ( )、2回目 ( )、3回目 ( )
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	15価： 1回目 ( )、2回目 ( )、3回目 ( )、4回目 ( )																																	
	20価： 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 ( )																																	
5種混合 (4種混合+ヒブ)	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 ( )																																	
HPV (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 ( )																																	
	シルガード 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 ( _____ )  <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">※住所地と異なる場合 連絡票送付先 (滞在先住所)</td> <td>〒 _____ _____ 様方 電話番号： _____</td> </tr> <tr> <td>滞在予定期間</td> <td>令和 _____ 年 _____ 月から令和 _____ 年 _____ 月まで ・ 未定</td> </tr> </table>		※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																												
※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	
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: <input type="checkbox"/> 1回目 ( ) 2回目 ( ) 3回目 ( ) ロタテック: <input type="checkbox"/> 1回目 ( ) 2回目 ( ) 3回目 ( )
	B型肝炎	1回目 ( )、2回目 ( )
	ヒブ	1回目 ( )、2回目 ( )
	小児用肺炎球菌	15価: 1回目 ( ) 20価: 1回目 ( )、2回目 ( )、3回目 ( )、4回目 ( )
	4種混合	1回目 ( )
	5種混合 (4種混合+ヒブ)	1回目 ( )
	BCG	( )
	MR (麻しん風しん)	1回目 ( ) 1期1回 ( ) 2期 ( ) [特例] 1期1回目 ( ) 2期1回目 ( ) 追加 ( )
	不活化ポリオ	1回目 ( )、2回目 ( )、3回目 ( )、追加 ( )
	HPV (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 ( ) シルガード: 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	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 ④ その他 ( )	
該当する番号 に○を付けて ください。	※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。

小児用肺炎球菌ワクチンは、2種類あります。  
**15価**か**20価**のどちらで接種するか医療機関に確認してください。

5種混合で接種する場合は、4種混合とヒブは接種出来ません。

2025年3月末までに接種可能なものを申請できます。

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。

どのHPVワクチンで接種するか医療機関に確認してください。

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。

◇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: