

# 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  
氏名(保護者または本人)

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: 昭和・平成・令和 年 月 日 ( 歳 か月) 出産予定日(RSウイルスのみ): 令和 年 月 日																															
2 予防接種名  希望するものに○を付けてください。	小児	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">ロタウイルス</td> <td>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( )</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>3種混合</td> <td>1回目( )、2回目( )、3回目( )、追加( )</td> </tr> <tr> <td>5種混合</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>HPV(シルガード)</td> <td>1回目( )、2回目( )、3回目( )</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">妊婦</td> <td>RSウイルス ( )</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( )	3種混合	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( )	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(シルガード)	1回目( )、2回目( )、3回目( )	妊婦	RSウイルス ( )
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( )																															
3種混合	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( )																															
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(シルガード)	1回目( )、2回目( )、3回目( )																															
妊婦	RSウイルス ( )																															
3 他市での 接種理由  該当するものに○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( )																															
	※住所と異なる場合 連絡票送付先 (滞在先住所)  滞在予定期間	〒 様方 電話番号: 令和 年 月から令和 年 月まで・未定																														
4 接種希望 医療機関	名 称: 所在地: 市・町・村 電話番号:																															

◇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

令和 年 月 日

訂正箇所は、二重線を引き、訂正してください。

申請者 住所

修正テープの使用は不可

フリガナ  
氏名(保護者または本人)

電話番号

日中につながる連絡先

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: _____			
2 予防接種名	生年月日: 昭和・平成・令和 年 月 日 歳 か月)			
	出産予定日(RSウイルスのみ): 令和 年 月 日			
希望するものに○を付けてください。	小児	ロタウイルス	ロタリックス: 1回目( ) ロタテック: 1回目( )	ロタウイルスワクチンは、2種類あります。 <b>ロタリックス</b> か <b>ロタテック</b> のどちらで接種するか医療機関に確認してください。
		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( )	小児用肺炎球菌ワクチンは、2種類あります。 <b>15価</b> か <b>20価</b> のどちらで接種するか医療機関に確認してください。
		3種混合	1回目( )、2回目( )	
		5種混合	1回目( )、2回目( )	
		BCG	( )	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。
		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(シルガード)	1回目( )、2回目( )、3回目( )			
妊婦	RSウイルス	( )		
3 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長期滞在するため ④ その他( )			
	該当するものに○を付けてください。	※住所地和異なる場合 〒 _____ 連絡票送付先 _____ 様方 (滞在先住所) 電話番号: _____		
4 接種希望医療機関	滞在于定期間	令和 年 _____ 日	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な医療機関にご確認ください。	
	名称: _____	所在地: _____ 市・町・村 電話番号: _____ - _____		

令和9(2027)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: