

指定外機関予防接種申出書

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	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(_____)
		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 指定外機関での接種理由 該当するものに○を付けてください。	(1)里帰りのため (2)かかりつけ医のため (3)長期に入院治療を要するため (4)その他(_____)		
	* 滞在先の連絡先 住 所: 〒 _____ _____ 様方 電話番号: _____ 滞在期間: 令和 _____ 年 _____ 月から令和 _____ 年 _____ 月まで		
4 接種希望医療機関	名 称: _____ 住 所: 〒 _____ 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)

