

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。	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 (_____)	
連絡票送付先 (滞在先住所) ※住所地と異なる場合	〒 _____	_____ 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
ロタウイルス	()	ロタリックス : 生後6週～24週0日 ロタテック : 生後6週～32週0日
おたふくかぜ	()	1歳～2歳未満 ※平成30年4月1日生まれ以降
	()	小学校就学前1年間 (年長児) ※平成25年4月2日生まれ以降

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。
修正テープの使用は不可

申請者 住所

フリガナ
保護者氏名

接種に同伴する保護者の方

電話番号

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 : (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。	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 ()
	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 ()
2020年3月末までに 接種可能なものを申請 できます。	麻疹	()
	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 ()、
	ガーダシル	1回目 ()、
3 接種希望 医療機関	名 称 : ()	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。
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 ()	
連絡票送付先 (滞在先住所)	〒 () 様方	
※住所と異なる場合	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
ロタウイルス	()	ロタリックス : 生後6週~24週0日 ロタテック : 生後6週~32週0日
おたふくかぜ	()	1歳~2歳未満 ※平成30年4月1日生まれ以降
	()	小学校就学前1年間 (年長児) ※平成25年4月2日生まれ以降