

予 防 接 種 依 頼 申 請 書

(あて先) 一 宮 市 長

下記の理由により、一宮市が契約している医療機関で予防接種を受けることができないので、契約外医療機関での予防接種を申請します。

※ 太枠内をご記入ください。

住 所	〒 一宮市	電 話 番 号
		() —
(滞 在 先)	里帰り等で住民登録地以外に滞在の場合 〒 (代表または世帯主氏名:)	電 話 番 号
		() —
申 請 者 氏 名	被 接 種 者 氏 名	生 年 月 日
フリガナ	フリガナ (男・女)	年 月 日 (歳 か 月)
【同意事項】 ☐ 安全性確保のため、予防接種終了後の予診票は一宮市に提出され、保管することに同意します。 ☐ 診察により接種を見合わせた場合の費用は自己負担になることに同意します。		
希 望 す る 市 町 村	希 望 す る 医 療 機 関 名	電 話 番 号
		() —
医 療 機 関 住 所		

※ 該当する項目の□にレで記入する。

申請理由	☐ 里帰り ☐ 重篤な疾患による通院 ☐ 入院中 ☐ その他 ☐ 入所中(施設名:) ☐ 保護者同伴あり (同伴できない場合の理由:) ☐ 予防接種委任状 ☐ 入所時の包括的同意書	
	希望する	☐ ロタウイルス (☐ ロタリックス) ☐ 1 ☐ 2 ☐ ロタウイルス (☐ ロタテック) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ B型肝炎 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 小児用肺炎球菌 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 追 ☐ Hib ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 追 ☐ (四種・五種)混合 (☐ 四種 ☐ 五種) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 追 ☐ ポリオ ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 追
	予防接種	☐ 結核 (BCG) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 麻しん風しん (☐ 混合 ☐ 麻しん ☐ 風しん) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 水痘 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 日本脳炎 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 追 ☐ 2期 ☐ 二種混合 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 子宮頸がん (☐ サーバリックス ☐ ガーダシル ☐ シルガード9) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3