

市外医療機関での予防接種申請書

年 月 日

朝来市長 様

申請者

☐ 本人 電話番号☐ 家族 氏名 (続柄)

電話番号

☐ 医療機関、施設職員

予防接種法に基づく予防接種について、下記のとおり予防接種を受けたいので承認をお願いします。

接 種 を 受 け る 人	住 所	兵庫県朝来市		
	ふりがな 氏 名	[]		男・女
	生年月日	年 月 日生 (満 歳 か月)		
滞在先の住所	〒 ー 世帯主名 (様方) TEL 施設名 (担当者名)			
予 防 接 種 の 種 類 ※接種を希望 するものに ☑ をつけ てください。	予防接種の種類	※以下にも○をつけてください。		備 考
	☐ ロタウイルス	1回目・2回目・(3回目)		
	☐ ヒブ	初回免疫(1回目・2回目・3回目)・追加免疫		
	☐ 小児用肺炎球菌	初回免疫(1回目・2回目・3回目)・追加免疫		
	☐ B型肝炎	1回目・2回目・3回目		
	☐ 4種混合・5種混合	1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加		
	☐ BCG			
	☐ 麻しん風しん混合	1期・2期		
	☐ 水痘	初回・追加		
	☐ 日本脳炎	1期初回(1回目・2回目)・1期追加・2期		
	☐ 2種混合[ジフテリア・破傷風]			
	☐ HPV[子宮頸がん予防ワクチン]	1回目・2回目・3回目		
	☐ 高齢者肺炎球菌			
	☐ 高齢者インフルエンザ			
	☐ 帯状疱疹	シングリックス(1回目・2回目)・ビケン		
	☐ その他	予防接種名 ()		
接種予定医療 機関名	医 療 機 関 名			
	住 所	〒 ー		
	電 話 番 号	TEL ー ー FAX ー ー		
申込みの理由	☐ 市外に長期滞在 ☐ 主治医が市外医療機関 ☐ 市外施設入所中 その他 ()			
接 種 予 定 日	・令和 年 月 日 ・未定(今後調整する)			
書 類 送 付 先	☐ 接種希望者の住所 ☐ 滞在先住所 ☐ 家族住所(裏面に記入欄あり)			

裏面あり

書類の送付先（家族住所）

送付先	宛先	電話番号
〒		

以下は記入しないでください

市外医療機関での予防接種につきまして、下記の条件を付して承認します。

- ・ 広域医療機関実施
- ・ 広域医療機関以外（契約で実施）

契約者氏名及び役職	接種料金	根拠

- ・ 他自治体依頼
- ・ 償還

（担当課：健幸づくり推進課）

※個人情報の保護について

この票の個人情報は、本事業の予防接種の安全性の確保を目的に使用します。また、目的外の使用は禁止します。