

B型肝炎定期予防接種早期接種申請書

令和 年 月 日

(宛先) 幸 田 町 長

申請者 (被接種者との続柄:)

〒 _____

住所 _____

氏名 (自署) _____

電話番号 () _____

下記のとおり、出生予定児のB型肝炎定期予防接種の早期接種を申請します。

記

妊婦	フリガナ		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
	氏名			
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ (□に☑) 幸田町		
出産予定日	令和 年 月 日			
早期接種の理由	家族内感染防止のため (<input type="checkbox"/> 同居家族 <input type="checkbox"/> 里帰り先家族)			
申請する接種回数	B型肝炎 1回目 及び 2回目 (<input type="checkbox"/> 2回目の交付を希望しない (□に☑し、希望しない理由を記入してください))			
出産医療機関	医療機関名		電話番号	
	住所			
接種医療機関	<input type="checkbox"/> 出産医療機関と同じ (□に☑)			
	医療機関名		電話番号	
	住所			

※裏面をお読みいただき、母子健康手帳の町が指定するページのコピーを添付してください。

B型肝炎予防接種の早期接種を希望される方へ

B型肝炎予防接種は、標準的には生後2か月以降に接種を開始します。生後2か月未満での接種を希望される場合は、接種前に幸田町への事前申請が必要となりますので、お手続きをお願いします。(出産前に申請できます。)

手続き・接種の流れは以下のとおりです。

①「**B型肝炎定期予防接種早期接種申請書**」(本紙裏面)に記入し、

母子健康手帳の「**子の保護者**(出生届出済証明)」(1ページ)※

「**妊婦の健康状態**」「**妊婦の職業と環境**」(2～3ページ)

「**妊娠中の経過**」(8～9ページ)

}の**コピー**

を添付のうえ、下記の申請書提出先へご提出ください。(郵送可)

※「子の保護者(出生届出済証明)」のページは、少なくとも「母(妊婦)」欄に氏名等を記入してからコピーしてください。

注意：ページ数は幸田町で交付された母子健康手帳の場合のページ数です。他市町村で交付された母子健康手帳をお持ちの場合は、ページ数が異なる場合があります。

(幸田町・岡崎市以外の医療機関で接種する場合は、別途申請書が必要です。必ず事前にお申し出ください。)



②申請書を受理後1～2週間程度で、幸田町保健センターより「B型肝炎予防接種予診票・接種券」を送付します。接種まで大切に保管してください。



③出産後、「B型肝炎予防接種予診票・接種券」を持って、医療機関にて接種してください。接種は無料です。

【問合せ・申請書提出先】

〒444-0113 幸田町大字菱池字錦田84

幸田町保健センター

電話 0564-62-8158

窓口受付時間 平日 8:30～17:15