

幸田町予防接種申請書

風しん第5期用

(宛先)幸田町長

幸田町協力医療機関で実施する予防接種を、幸田町協力医療機関外にて接種することを希望するため下記のとおり申請します。なお、接種予定の医療機関には、事前に接種受け入れ可能であることを確認し、了解を得ています。

令和 年 月 日

|                     |                                                                                                                                                  |                                        |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 申請者<br>(手続をする人)     | ふりがな                                                                                                                                             |                                        |
|                     | 氏名                                                                                                                                               | 被接種者との続柄 ( )                           |
|                     | 住所                                                                                                                                               | 〒 ー<br><br>電話番号 ( )                    |
| 被接種者<br>(予防接種を受ける人) | ふりがな                                                                                                                                             |                                        |
|                     | 氏名                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ        |
|                     | 生年月日                                                                                                                                             | 昭和 年 月 日 ( 歳)                          |
|                     | 住所                                                                                                                                               | 〒 ー<br><input type="checkbox"/> 申請者と同じ |
| 予防接種の種類             | <input type="checkbox"/> 麻しん及び風しん混合ワクチン (MR ワクチン) <input type="checkbox"/> 風しん単独ワクチン<br>希望するワクチンに <input checked="" type="checkbox"/> をいれてください。  |                                        |
| 接種する医療機関            | 医療機関名：<br>所在する市町村：<br><input type="checkbox"/> 接種予定医療機関で接種できることを確認しました<br>↑ご自身で医療機関に確認後 <input checked="" type="checkbox"/> をいれてください。            |                                        |
| 申請理由                | <input type="checkbox"/> かかりつけ<br><input type="checkbox"/> 長期入院・施設入所のため<br>⇒滞在先      病院・施設名：<br>住所：<br>電話番号：<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |                                        |

|      |                                                                                                                                                                |  |  |  |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 町記入欄 | 連絡票送付先 <input type="checkbox"/> 申請者住所 <input type="checkbox"/> 被接種者住所 <input type="checkbox"/> 滞在先                                                             |  |  |  |
|      | 接種券の回収： <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 紛失 (再交付記入)                                                                                         |  |  |  |
|      | 広域予防接種事業の協力医療機関： <input type="checkbox"/> 該当／ <input type="checkbox"/> 非該当⇒ <input type="checkbox"/> 非該当の場合の案内<br>広域連絡票作成日 (    /    )    広域連絡票送付日 (    /    ) |  |  |  |