

(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 (手続きをする人)	ふりがな				
	氏名	被接種者との続柄 ()			
	住所	〒 ー 電話番号 ()			
被接種者 (予防接種を受ける人)	ふりがな				
	氏名				
	生年月日	☐ 令和	☐ 平成	年	月 日 (歳)
	住所	〒 ー ☐ 申請者と同じ			
予防接種の種類	※希望するワクチンに○を付けてください。 ロタ (1回目・2回目・3回目) 小児用肺炎球菌 (1回目・2回目・3回目・追加) B型肝炎 (1回目・2回目・3回目) 五種混合 (1回目・2回目・3回目・追加) BCG MR (1期・2期) 水痘 (1回目・2回目) 日本脳炎 (1回目・2回目・追加・2期) 二種混合2期 (DT) 子宮頸がん (1回目・2回目・3回目) 四種混合 (1回目・2回目・3回目・追加) ヒブ (1回目・2回目・3回目・追加) ポリオ (1回目・2回目・3回目・追加) 三種混合 (1回目・2回目・3回目・追加) 麻しん 風しん				
接種する 医療機関	医療機関名： 所在する市町村： ☐ 接種予定医療機関で接種できることを確認しました。 ☐ <u>広域連絡票の有効期限※</u> (県外接種の場合は接種券の有効期限) を過ぎて接種した場合は、自己負担になる事を確認しました。 ↑ご自身で確認後に☑をいれてください。				
申請理由	☐ かかりつけ ☐ 里帰り出産 滞在先住所：〒 ☐ 長期入院・施設入所 ☐ その他 ()				
送付先	☐ 申請者住所 ☐ 滞在先 (里帰り先) ☐ その他 ()				

町記入欄	母子手帳のコピー：□済
	広域予防接種事業の協力医療機関：□該当／□非該当⇒□非該当の場合の案内
	予約日（ / ） 広域連絡票送付日（ / ） 窓口対応職員サイン _____