

## 契約医療機関外定期予防接種申請書

(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 8 年 4 月 1 日

申請者	ふりがな	こうた はなこ	
	氏名	幸田 花子	被接種者との続柄 ( 母 )
	住所	〒 444 - 0113 幸田町大字菱池字錦田 8 4 番地	電話番号 ( 090 - 1234 - 5678 )
被接種者 (予防接種を受ける人)	ふりがな	こうた たろう	
	氏名	幸田 太郎	
	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 昭和 8 年 2 月 1 日 ( 2か月 歳)	
住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒 _____ 幸田町大字		
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 子宮頸がん (1回目・2回目・3回目) RSウイルス (出産予定日: _____月____日) 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: ○○○○病院 所在する市町村: ○○県○○市 <input checked="" 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 広域連絡票の有効期限※ (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 <input checked="" type="checkbox"/> をいれてください。 <small>※広域連絡票と予防接種券の有効期限が違う場合がありますが、広域接種ができる期間は、広域連絡票の有効期限内となります。</small>		
申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> 里帰り 滞在先住所: 〒○○○-○○○ <input type="checkbox"/> かかりつけ <input type="checkbox"/> 家庭内暴力 ○○県○○市○○町○○1-1 <input type="checkbox"/> 長期入院・施設入所 ○○様方 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
送付先	<input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 申請者住所 <input type="checkbox"/> 被接種者住所 <input checked="" type="checkbox"/> 滞在先住所		

町記入欄	母子手帳のコピー: <input type="checkbox"/> 済 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 予約日 ( / ) 広域連絡票送付日 ( / ) 窓口対応職員サイン _____
------	--