

予防接種実施依頼書等交付申請書

乳幼児用

尼崎市長 あて

令和 年 月 日

交付番号 第 号

申請者	住所	〒 (-)			TEL :	()
	氏名					被接種者との続柄

予防接種を受ける者	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同一住所 <input type="checkbox"/> 次の住所 〒 (-) 尼崎市			TEL :	()
	(ふりがな) 氏名		性別		保護者氏名	
	生年月日	令和 平成	年	月	日	(満 歳 月)
	滞在先	〒 (-) () 様方				
	滞在予定期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで				

予防接種の種類 <small>※概ね6か月以内に接種予定のものに「し」を記入してください。</small>	【ご注意】 必ず母子健康手帳をご確認の上で、該当するものにチェックをしてください。								
	Hib感染症	<input type="checkbox"/>	初回1回目	<input type="checkbox"/>	2回目	<input type="checkbox"/>	3回目	<input type="checkbox"/>	追加
	小児の肺炎球菌感染症	<input type="checkbox"/>	初回1回目	<input type="checkbox"/>	2回目	<input type="checkbox"/>	3回目	<input type="checkbox"/>	追加
	B型肝炎	<input type="checkbox"/>	1回目	<input type="checkbox"/>	2回目	<input type="checkbox"/>	3回目		
	□タウウイルス ⇒選択 (□0別ックス・□0ワテック)	<input type="checkbox"/>	1回目	<input type="checkbox"/>	2回目	<input type="checkbox"/>	3回目	(0別ックス2回・0ワテック3回まで)	
	四種混合	<input type="checkbox"/>	1期初回1回目	<input type="checkbox"/>	2回目	<input type="checkbox"/>	3回目	<input type="checkbox"/>	1期追加
	二種混合2期	<input type="checkbox"/>	2期						
	BCG	<input type="checkbox"/>	1回目						
	麻疹風しん(MR)混合	<input type="checkbox"/>	1期	<input type="checkbox"/>	2期				
	水痘	<input type="checkbox"/>	1回目	<input type="checkbox"/>	2回目				
	日本脳炎	<input type="checkbox"/>	初回1回目	<input type="checkbox"/>	2回目	<input type="checkbox"/>	1期追加	<input type="checkbox"/>	2期
	不活化ポリオ	<input type="checkbox"/>	1期初回1回目	<input type="checkbox"/>	2回目	<input type="checkbox"/>	3回目	<input type="checkbox"/>	1期追加
HPV(子宮頸がん予防)	<input type="checkbox"/>	1回目	<input type="checkbox"/>	2回目	<input type="checkbox"/>	3回目			

接種医療機関の所在する市町村		接種医療機関	兵庫県下での接種希望者：記入は必須 兵庫県外での接種希望者：接種する市町村の予防接種担当課へ問合せをし医療機関宛の依頼書が必要である場合のみ記入
他市での接種理由	<input type="checkbox"/> 長期滞在のため <input type="checkbox"/> 入院(入所)中のため <input type="checkbox"/> かかりつけ医のため <input type="checkbox"/> ()		(医療機関名)

依頼書等送付先	<input type="checkbox"/> 申請者住所 <input type="checkbox"/> 予防接種を受ける者の住所 <input type="checkbox"/> 滞在先住所(宛名⇒)
---------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------

注意事項	<ul style="list-style-type: none"> 本申請を受けて発行する予防接種実施の依頼書もしくは連絡書は、万一健康被害が生じた場合、予防接種法第15条に基づき本市が責任を持って措置することを証明するものです。 接種を希望する自治体によって、実施方法が異なる場合や、自己負担額が生じる可能性がありますので、必ず事前に接種を希望される市町村の予防接種担当課へご確認ください。 接種費用について自己負担が生じた場合、後日、尼崎市に申請していただくことで、接種費用の一部又は全額を償還いたしますので、領収書及び内訳書の原本を必ず保管してください。なお、償還申請期間は定期予防接種を接種された翌日から1年以内です。ご注意ください。
	上記注意事項を確認した上で、予防接種実施の依頼書もしくは連絡書の交付を申請します。 令和 年 月 日 申請者

交付します。 起 案 令和 年 月 日 回議完了 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 開示 <input checked="" type="checkbox"/> 不開示 条例第7条第2号該当 <input type="checkbox"/> 部分開示 . . まで	兵庫県広域 <input type="checkbox"/> 加入 <input type="checkbox"/> 未加入	<table border="1"> <tr> <td>課長</td> <td>係長</td> <td>係</td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>課長</td> <td>係長</td> <td>係</td> <td>公印</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	課長	係長	係						課長	係長	係	公印				
課長	係長	係																
課長	係長	係	公印															