

広域予防接種券交付申請書

呉市長様

申請年月日 | 令和 年 月 日

申請者(保護者・家族等)

※太枠の中のみ記入してください。

住所	〒 呉市	(電話 - -)
氏名		被接種者との続柄

被接種者(予防接種を受ける人)

住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒 呉市	(電話 - -)
ふりがな		性別 生年月日 (年齢)
氏名		男・女 (年 月 日 / 歳 か月)

現在の居住地(滞在地)

住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒	(電話 - -)
----	--------------------------------------	-----------

接種を希望される医療機関名及び市町名

医療機関名	市町名 市・町
-------	---------

必要な広域予防接種券の種類

↓ 必要な広域予防接種券に○印を付けてください。

<input type="checkbox"/> 5種混合1期初回(1回目・2回目・3回目) <input type="checkbox"/> 5種混合1期追加 <input type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌初回(1回目・2回目・3回目) <input type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌追加 <input type="checkbox"/> B型肝炎(1回目・2回目・3回目) <input type="checkbox"/> ロタウイルス感染症 ・ロタリックス(1回目・2回目) ・ロタテック(1回目・2回目・3回目) <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> ヒブ感染症初回(1回目・2回目・3回目) <input type="checkbox"/> ヒブ感染症追加	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合(1期・2期)【6歳未満・以上】 <input type="checkbox"/> 水痘(1回目・2回目) <input type="checkbox"/> 日本脳炎1期初回(1回目・2回目) <input type="checkbox"/> 日本脳炎1期追加【6歳未満・以上】 <input type="checkbox"/> 日本脳炎2期 <input type="checkbox"/> 2種混合(DT)2期 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防(小6・中1・中2・中3・高1) ・シルガード(1回目・2回目・3回目) <input type="checkbox"/> RSウイルス
<input type="checkbox"/> 高齢者の帯状疱疹(課税・非課税) ・ビケン ・シングリックス(1回目・2回目) <input type="checkbox"/> 高齢者の肺炎球菌感染症(課税・非課税)	<input type="checkbox"/> 高齢者のインフルエンザ(課税・非課税) <input type="checkbox"/> (75歳以上)インフルエンザ高用量(課税・非課税) <input type="checkbox"/> 高齢者のコロナウイルス感染症(課税・非課税)
<input type="checkbox"/> 交付の決定にあたり、市民税の課税状況について、関係各所に照会することに同意します。	
備考	

保健所処理欄

<input type="checkbox"/> 対象年齢	<input type="checkbox"/> 接種希望医療機関が広域化予防接種受託医療機関	<input type="checkbox"/> 添付書類(該当者のみ)
<input type="checkbox"/> 接種予定日の確認(対象者が5歳, インフルエンザ, コロナ)	<input type="checkbox"/> 公費負担額等の記入	
<input type="checkbox"/> 接種券の送付先→ <input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> 被接種者 <input type="checkbox"/> 現在の居住地 <input type="checkbox"/> その他()		

別紙接種券を交付してよろしいですか

回議: 令和 年 月 日

交付: 令和 年 月 日

(送付)

担当	係員	主幹 (GL)	主幹	課長
/	/	/	/	/

(収受印)