

# 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	〒 (電話 - - ) 呉市
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 (電話 - - ) 〒 呉市	
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"/> 4種混合1期初回 (1回目・2回目・3回目) <input type="checkbox"/> 4種混合1期追加 <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"/> BCG <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 ・サーバリックス (1回目・2回目・3回目) ・ガーダシル (1回目・2回目・3回目) ・シルガード (1回目・2回目・3回目)
<input type="checkbox"/> 高齢者の肺炎球菌感染症(課税世帯・非課税世帯)	<input type="checkbox"/> 高齢者のインフルエンザ(課税世帯・非課税世帯)
<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)	<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	課長補佐 (GL)	主幹	課長
/	/	/	/	/

(收受印)
-------