

令和7年度西尾市定期接種（市外接種）依頼申請書（A類疾病）

（宛先）西尾市長

西尾市定期接種（A類疾病）の市外接種を依頼します。
なお、依頼申請に係る事務を行うに当たり、住民基本台帳等を閲覧することに同意します。

※該当項目に○または☑を付けてください。

		申請日		年		月		日		
申請者	氏名							続柄		
	住民登録のある住所	〒 ー 西尾市								
	電話									
被接種者 （予防接種を受ける人）	ふりがな									
	氏名									
	生年月日	年 月 日（満 歳 か月）								
	住民登録のある住所	☐ 申請者と同じ ※申請者の住民登録のある住所と異なる場合は、以下に記入してください。 〒 ー 西尾市								
	申請理由	☐ かかりつけ医が市外 ☐ 長期入院加療 ☐ 里帰り出産、家庭内暴力等（滞在期間： 年 月 日～ 年 月 日） （滞在先住所：〒 ）（ 様宅） ☐ その他（ ）								
	医療機関	☐ 愛知県		市町村		医療機関名				
		☐ 県外（ ）								
	医療機関が受け入れ可能であることを確認していますか。						はい・いいえ			
	1. 今年度中（滞在期間中）に接種可能な全ての予防接種を希望します。（該当項目に☑をつける）									
	ロタウイルス感染症 ☐ ロタリックス ☐ ロタテック									
	ヒブ感染症・4種混合・5種混合 ☐ ヒブ感染症と4種混合 ☐ 5種混合									
	ヒトパピローマウイルス感染症 ☐ サーバリックス ☐ ガーダシル ☐ シルガード9									
2. 以下の予防接種のみ希望します。（希望する予防接種の回数に○をつける）										
予防接種の種類		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
		B型肝炎			1回目	2回目	3回目			
		小児の肺炎球菌感染症			1回目	2回目	3回目	追加		
		ヒブ感染症			1回目	2回目	3回目	追加		
		4種混合			1回目	2回目	3回目	追加		
		5種混合			1回目	2回目	3回目	追加		
		BCG								
		麻しん風しん			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		
		2種混合			2期					
		ヒトパピローマウイルス感染症	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9	1回目	2回目	3回目				
市処理欄	☐ 愛知県広域	住基確認日 /		連絡票発行日 /		市受付印				
	☐ 県外接種	健康かるて送付歴入力日 /		連絡票送付日 /						