

令和8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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> かかりつけ医が市外 <input type="checkbox"/> 長期入院加療 <input type="checkbox"/> 里帰り出産（滞在期間： 年 月 日～ 年 月 日） （滞在先住所：〒 ）（ 様宅） <input type="checkbox"/> その他（ ）				
	医療機関	<input type="checkbox"/> 愛知県 <input type="checkbox"/> 県外（ ）	市町村	医療機関名		
				医療機関電話番号		
		医療機関に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
		<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> ロタリックス <input type="checkbox"/> ロタテック				
		<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> ロタリックス <input type="checkbox"/> ロタテック	1回目	2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
	5種混合		1回目	2回目	3回目	追加
	BCG					
	麻しん風しん（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
	ジフテリア破傷風（DT）		2期			
	HPV		1回目	2回目	3回目	
	その他（ ）					
	その他（ ）					
その他（ ）						
市処理欄	<input type="checkbox"/> 愛知県広域 <input type="checkbox"/> 県外接種	住基確認日 /	連絡票発行日 /	市受付印		
		健康かるて送付歴入力日 /	連絡票送付日 /			