

令和6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、家庭内暴力等（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
	予防接種の種類	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	<input type="checkbox"/> ロタリックス <input type="checkbox"/> ロタテック				
		ヒブ感染症・4種混合・5種混合	<input type="checkbox"/> ヒブ感染症と4種混合 <input type="checkbox"/> 5種混合				
ヒトパピローマウイルス感染症		<input type="checkbox"/> サーバリックス <input type="checkbox"/> ガーダシル <input type="checkbox"/> 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）							
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			
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			
ヒブ感染症		1回目	2回目	3回目	/		
4種混合		1回目	2回目	3回目			
5種混合		1回目	2回目	3回目	/		
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種混合	2期						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	<input type="checkbox"/> 愛知県広域	住基確認日	/	連絡票発行日	/	市受付印	
	<input type="checkbox"/> 県外接種	健康かるて 送付歴入力日	/	連絡票送付日	/		