

平成29年度 愛知県広域予防接種事業 個別定期予防接種実施申請書 (豊明市)

実施希望 医療機関	医療機関名： 住所：〒 愛知県 電話番号： () -	
	◎上記実施希望医療機関は、愛知県広域予防接種事業の接種協力医療機関であることを確認しましたか。→ はい・いいえ ◎接種協力医療機関及び接種協力医師に、事前に本事業に基づく予防接種を受けたい旨を連絡し、了承を得ていますか。→ はい・いいえ	
フリガナ		(男 ・ 女)
対象者氏名		
生年月日	年 月 日 生	(歳 か月)
(フリガナ) 保護者名 *子どもの場合のみ		
生活保護世帯の有無 *高齢者の場合のみ	無 ・ 有	
住所	〒 豊明市	
電話番号	自宅 () - 携帯電話 () -	
実施を希望する 定期予防接種の 種類 (○をつけてください)	ヒブ (1回目・2回目・3回目・追加) 小児用肺炎球菌 (1回目・2回目・3回目・追加) B型肝炎 (1回目・2回目・3回目) 四種混合 (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期初回1回目・2回目・1期追加・2期) ポリオ (1回目・2回目・3回目・4回目) 二種混合 (2期) 高齢者肺炎球菌ワクチン 高齢者インフルエンザワクチン	予診票:有・無 予診票:有・無 予診票:有・無 予診票:有・無 予診票:有・無 予診票:有・無 予診票:有・無 予診票:有・無 予診票:有・無 予診票:有・無 市内用予診票:有・無
希望理由 (該当する欄に○をつけてください)	<input type="checkbox"/> 豊明市以外の県内の市町村にかかりつけ医(出産病院含む)がいるため →病名() <input type="checkbox"/> 長期に入院加療を要し、豊明市の実施医療機関で予防接種を受けることが困難なため →病名() <input type="checkbox"/> 高齢者施設へ入所しており、豊明市の実施医療機関での予防接種を受けることが困難なため <input type="checkbox"/> 里帰り出産、家庭内暴力等のため、豊明市以外の県内の市町村での予防接種を希望するため	
書類の郵送先 (現住所と異なる場合はご記入ください)	住所：〒 愛知県 (様方) 電話番号： () -	
上記理由により、豊明市定期予防接種委託医療機関における接種が困難であるため、上記実施希望医療機関での接種を希望します。 平成 年 月 日 (あて先) 豊明市長 申請者(保護者) 署名 (続柄)		

★子どもの予防接種で申請に必要な持ち物：母子健康手帳(原本)、母子健康手帳の予防接種のページ(写し)

★高齢者の予防接種で申請に必要な持ち物：年齢と住所が分かるもの、市内用予診票(高齢者肺炎球菌ワクチンのみ)