

尾張旭市長 殿

申請者 住所

氏名

続柄 ()

電話

尾張旭市予防接種実施依頼書交付申請書 (A類疾病)

尾張旭市予防接種費用助成金交付要綱第5条の規定に基づき、次のとおり予防接種を受けたいので、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

記

予防接種	<input type="checkbox"/> ロタ ※いずれかに○ ロタリックス・ロタテック	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目 : ロタテックのみ)		
	<input type="checkbox"/> B型肝炎	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目		
	<input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 追加	
	<input type="checkbox"/> 5種混合	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 追加	
	<input type="checkbox"/> 4種混合	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 追加	
	<input type="checkbox"/> Hib (ヒブ)	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 追加	
	<input type="checkbox"/> BCG					
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合	<input type="checkbox"/> 1期	<input type="checkbox"/> 2期			
	<input type="checkbox"/> 水痘	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目			
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 追加	<input type="checkbox"/> 2期	
	<input type="checkbox"/> 2種混合	<input type="checkbox"/> 2期				
	<input type="checkbox"/> HPV 感染症※いずれかに○ 2価 ・ 4価 : 3回 9価 15歳未満 : 2回 15歳以上 : 3回	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目		
	<input type="checkbox"/> その他	ワクチン名 :		回数 :		
フリガナ	性別		生年	年	月	日
被接種者 氏名	男・女		月日	(満	歳	か月)
フリガナ	希望する医療機関			医療機関の所在地		
保護者氏名				市・町・村		
住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ (□内にレ点のみで可)					
	〒488- 尾張旭市 電話					
居所 (住所地と 異なる場合)	〒					
	電話 様方					
事由	<input type="checkbox"/> 1 かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 2 里帰り出産等長期滞在 <input type="checkbox"/> 3 長期入院治療 <input type="checkbox"/> 4 その他 ()					

※下欄は記入しないでください。

(起案)令和 年 月 日		(決裁)令和 年 月 日		(発行日)令和 年 月 日	
上記、申請者に対して予防接種依頼書を交付してよろしいか。(伺い)					
課長	課長補佐	係長	係	確認事項	
				<input type="checkbox"/> 住民登録 <input type="checkbox"/> 予防接種履歴 (台帳・母子健康手帳)	