

尾張旭市長 殿

申請書 住所
氏名
電話

続柄 ()

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"/> 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"/> 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 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"/> RS (妊婦用)	<input type="checkbox"/> RS 出産予定日 (年 月 日)		
	<input type="checkbox"/> その他	ワクチン名: 回数:		
フリガナ	性別	生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)	
被接種者 氏名	男・女			
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)	〒 様方 電話			
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 ()			

※下記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	主幹	課長補佐
		係長
		係
		補佐兼務
確認事項		
<input type="checkbox"/> 住民登録 <input type="checkbox"/> 協力医療機関 <input type="checkbox"/> 予防接種履歴 (台帳・母子健康手帳)		