

「予防接種実施依頼書」発行申込書（小児用）

令和 年 月 日

（あて先）福岡市長

①申請者氏名

被接種者との続柄（関係） []

被 接 種 者	ふりがな			
	②氏名			
	③生年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	（満 歳 月）
④保護者氏名			⑤続柄	
⑥現住所 （住民票所在地）		〒 -		
		福岡市	区	
連絡先		電話番号		
⑦滞在先住所		〒 -		
		連絡先	世帯主名	電話番号
⑧理由 （該当するものに チェックをつけてくだ さい。）		<input type="checkbox"/> 里帰り出産のため <input type="checkbox"/> 医療機関に入院、通院中のため <input type="checkbox"/> 施設に入所中のため <input type="checkbox"/> その他（ ）		
⑨希望する予防接種 （希望するものに チェックをつけてくだ さい。）		<input type="checkbox"/> ロタ <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <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"/> 小児用肺炎球菌 初回(<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 1期(<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目) <input type="checkbox"/> 1期追加 ※ すでに4種混合ワクチン、ヒブワクチンの接種を開始している人は原則として 同一ワクチンで接種を完了させることとなります。 <input type="checkbox"/> 4種混合 1期(<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目) <input type="checkbox"/> 1期追加 <input type="checkbox"/> ヒブ 初回(<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 1期(<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目) <input type="checkbox"/> 1期追加 <input type="checkbox"/> 2期 <input type="checkbox"/> 2種混合 <input type="checkbox"/> 2期 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目		
⑩備考				
<p>※確認事項（次のことを医療機関の住所を管轄する自治体の担当者等に確認してください。） （□にチェックをしてください。）</p> <p>(1)滞在先の自治体において、助成制度はありませんか。 <input type="checkbox"/> 助成なし（全額自己負担） <input type="checkbox"/> 助成あり 【 <input type="checkbox"/> 個別接種 <input type="checkbox"/> 集団接種 （ <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> その他（ ） ）】</p> <p>(2)予防接種の実施依頼先は、どちらになりますか。 <input type="checkbox"/> 市・区・町・村 長 あて <input type="checkbox"/> 接種（予定）の医療機関（事前に医療機関に接種の可否をご確認ください。） 住 所 〒 - 名 称 _____ 院長名 _____ 電 話 _____</p> <p>(3)予防接種実施依頼書の送付先は、どちらになりますか。 <input type="checkbox"/> 滞在先住所 <input type="checkbox"/> 住民票所在地 <input type="checkbox"/> その他（ ）</p> <p>(4)予防接種の実施依頼先に提出する依頼書は何枚必要ですか。 <input type="checkbox"/> 1枚 <input type="checkbox"/> 枚（ワクチンごとに必要な場合。例：B型肝炎1回目・2回目・3回目→3枚）</p>				

※記載された事項について、お電話等で問い合わせさせていただくことがあります。