

「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 続柄〔 〕

被接種者	ふりがな			
	② 氏名			
	③ 生年月日	平成・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 (該当する番号に○をつけてください。)		1 里帰り出産により依頼先に滞在中のため 2 依頼先にある医療機関に入院, 通院中のため 3 依頼先にある施設に入所中のため 4 その他 ()		
⑨ 希望する予防接種 (希望するものに○をつけてください。)		ロタリックス 1回目・2回目 ロタテック 1回目・2回目・3回目 B型肝炎 1回目・2回目・3回目 ヒブ 初回(1回目・2回目・3回目)・追加 小児用肺炎球菌 初回(1回目・2回目・3回目)・追加 4種混合 1期(1回目・2回目・3回目)・1期追加 BCG 麻しん風しん混合 1期・2期 水痘 1回目・2回目 日本脳炎 1期(1回目・2回目)・1期追加・2期 2種混合 2期 子宮頸がん 1回目・2回目・3回目		
⑩ 備考				
※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。) (□にレ点でチェックしてください。) 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())】 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 _____ 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() 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 (福岡県外で受ける予定の全ての予防接種を1枚の依頼書に記載してよい場合) <input type="checkbox"/> _____枚 (ワクチンごとに依頼書が必要な場合) (例: B型肝炎(1回目・2回目・3回目) → 3枚)				

※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。