

門真市こどもの予防接種依頼申請書

年 月 日

門真市長 宮本 一孝 様

申請者

住所

電話番号

被接種者との続柄

下記の理由により、門真市以外で予防接種を受けたいので、門真市子どもの予防接種事業実施要綱の規定により、門真市こどもの予防接種依頼申請書の発行を申請します。

記

被接種者	(フリガナ) 氏名		
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒 - <input type="checkbox"/> 右記の住所	
	生年月日	年 月 日 (歳 か月)	
保護者名(※)	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
予防接種の種類 (希望する予防接種と回数に○をつけてください)	ロタ (※3回目はロタテックのみ)	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	
	B型肝炎	1回目・2回目・3回目	
	五種混合	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加	
	不活化ポリオ	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加	
	B C G	1回	
	麻しん風しん混合・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	
	二種混合2期	1回	
	子宮頸がん (HPV)	1回目・2回目・3回目	
予防接種実施医療機関	名称		
	住所	〒 -	
本市で受けられない理由	1. 病気治療等により市外のかかりつけ医療機関で接種を受けるため 2. 里帰り出産等やむを得ない理由により市外に一時滞在しているため		
滞在先(郵送先)	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
	住所	<input type="checkbox"/> 右記の住所 〒 - 旧姓： <input type="checkbox"/> 申請者と同じ (里帰り出産等で旧姓のご実家に送付する場合は旧姓もお書きください)	
予診票	<input type="checkbox"/> すべて必要 <input type="checkbox"/> 滞在先の市の予診票を使用するため不要		
お渡し方法	<input type="checkbox"/> 窓口来所 (書類ができましたらお電話にてお知らせします) <input type="checkbox"/> 郵送 (必要分の切手を貼った返信用封筒をご準備ください。ただし、料金不足分は受取人払いとなります)		

(門真市使用欄)

受付日	担当者	受付方法	住民登録	医療機関	予診票渡し	交付方法	切手
		・ 窓口 ・ 郵送 ・ 電子	・ 有 ・ 無	・ 該当 ・ 非該当	・ 済 ・ 無	・ 窓口 ・ 郵送	円

門真市こどもの予防接種依頼申請書

年 月 日

門真市長 宮本 一孝 様

申請者 _____
 住所 〒 _____
 電話番号 _____
 被接種者との続柄 _____

下記の理由により、門真市以外で予防接種を受けたいので、門真市こどもの予防接種事業実施要綱第4条の規定により、門真市こどもの予防接種依頼申請書の発行を申請します。

記

被接種者	(フリガナ) 氏名		
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒 _____ <input type="checkbox"/> 右記の住所	
	生年月日	年 月 日	歳 か月
保護者名(※)	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <div style="border: 1px solid blue; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 20px;">接種される方をご記入ください。</div>		
予防接種の種類 (希望する予防接種と回数に○をつけてください)	ロタ (※3回目はロタテックのみ)	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	
	B型肝炎	1回目・2回目・3回目	
	五種混合	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加	
	不活化ポリオ	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加	
	B C G	1回	
	麻しん風しん混合・麻しん・風しん	1期・2期	
	水痘	1回目・2回目	
	日本脳炎		
	二種混合2期		
	子宮頸がん (HPV)		
予防接種実施医療機関	名称		
	住所	〒 _____	
本市で受けられない理由	1. 病気治療等により市外のかかりつけ医療機関で接種を受けるため 2. 里帰り出産等やむを得ない理由により市外に一時滞在しているため		
滞在先 (郵送先)	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
	住所	<input type="checkbox"/> 右記の住所 〒 _____ <input type="checkbox"/> 申請者と同じ (里帰り出産等で旧姓のご実家)	
予診票	<input type="checkbox"/> すべて必要 <input type="checkbox"/> 滞在先の市の予診票を使用するため不要		
お渡し方法	<input type="checkbox"/> 窓口来所 (書類ができましたらお電話にてお知らせします) <input type="checkbox"/> 郵送 (必要分の切手を貼った返信用封筒をご準備ください。ただし、料金不足分は受取人払いとなります)		

接種を希望する医療機関は、その医療機関が所在する市町村において、定期予防接種を実施している委託医療機関である必要があります。委託医療機関か事前にご確認をお願いします。

接種医療器期間によっては予診票が必要な場合がありますので、事前にご確認ください。