

予防接種実施依頼書発行申請書

このことについて、下記のとおり名古屋市で予防接種を受けることができませんので、予防接種実施依頼書を発行してください。

記

被接種者 (予防接種を受ける人)	フリガナ		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日	
	氏名			<input type="checkbox"/> 平成		
	住民登録住所	〒 - 名古屋市 区				
申請者	フリガナ		続柄	<input type="checkbox"/> 保護者(母・父)		
	氏名	<input type="checkbox"/> 被接種者と同じ(本人申請は18歳以上)		<input type="checkbox"/> 本人(本人申請は18歳以上)		
	住所	<input type="checkbox"/> 被接種者住所と同じ 〒 -				
	電話番号	- -				
希望する予防接種(☑をいれる) ※子ども・妊婦どちらか一つのみ選択可 ※滞在予定期間中かつ、1年以内に接種するものを選択	子ども	ロタウイルス 医療機関に種類を確認	ロタリックス	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目		
			ロタテック	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目		
		B型肝炎	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目			
		小児肺炎球菌 医療機関に種類を確認	プレバナー20(20価)	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加接種		
			バクニューバンス(15価)	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加接種		
		五種混合	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加接種			
		BCG	<input type="checkbox"/> BCG			
		麻しん・風しん(MR)	<input type="checkbox"/> 1期 <input type="checkbox"/> 2期			
		水痘	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目			
		日本脳炎	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 追加接種 <input type="checkbox"/> 2期			
		二種混合(DT)	<input type="checkbox"/> 二種混合(DT)			
		子宮頸がん(シルガード9)	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目			
		ヒブ	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加接種			
	三種混合	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加接種				
不活化ポリオ	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加接種					
妊婦	RSウイルス	<input type="checkbox"/> RSウイルス(今回の妊娠期間中で初めて接種する場合に限る) →申請日時点の妊娠週数()週				
滞在先住所	〒 - () 様方					
滞在予定期間	年 月 日から 年 月 日まで					
接種希望 医療機関	事前確認	<input type="checkbox"/> 医療機関のある市町村の予防接種指定医療機関であると確認しました <input type="checkbox"/> 事前に医療機関へ受け入れを確認しました				
	医療機関名					
	住所	都道 府県	市区 町村			
申請理由	<input type="checkbox"/> 里帰り出産 <input type="checkbox"/> DV避難 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> その他()					
書類送付先	<input type="checkbox"/> 滞在先住所 <input type="checkbox"/> 被接種者住所 <input type="checkbox"/> 申請者住所 <input type="checkbox"/> その他(〒 -)					
確認・ 同意事項	<input type="checkbox"/> 次の事項について内容を確認し、全て同意します。 ・被接種者の住民登録が本市にない場合、依頼書は発行できないこと ・依頼書発行後であっても、接種日時点で本市に住民登録がない場合、この制度は利用できないこと ・接種費用助成制度について、内容を事前に確認し、その内容を十分に理解したうえで本申請を行っていること ※接種後に費用助成を受けることができます。予防接種の種類や接種日によって助成額には上限があります。 なお、上限額を超えた場合は、自己負担が生じます。事前に市公式ウェブサイト等で詳細をご確認ください。					
《保健センター記入欄》						
住民登録の確認： <input type="checkbox"/> システム <input type="checkbox"/> 子ども医療証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他()						