

府中市長

指定外医療機関において定期予防接種を受けたいので、府中市定期予防接種費用助成要綱第4条第1項の規定に基づき定期予防接種依頼書の交付について、次のとおり申請します。

また、定期予防接種依頼書の交付に当たり、市が住民基本台帳等の公簿を確認すること及び市が当該指定外医療機関から定期予防接種の結果報告を受けることに同意します。

申請者 (被接種者又はその保護者(被接種者が未成年の場合に限る。))	フリカ ^ナ		被接種者 との続柄	
	氏名			
	住所		(電話番号)	- -
被接種者	フリカ ^ナ		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	氏名			
	生年月日	年 月 日	年齢	歳 か月
希望する予防接種の種類 ※ (該当するワクチンにチェックを付けてください。)	<input type="checkbox"/> H i b感染症ワクチン 【初回接種 (<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】			
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌感染症ワクチン 【初回接種 (<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】			
	<input type="checkbox"/> B型肝炎ワクチン 【初回接種 (<input type="checkbox"/> 1回目・ <input type="checkbox"/> 2回目) <input type="checkbox"/> 追加接種】			
	<input type="checkbox"/> ロタウイルスワクチン <input type="checkbox"/> 1回目・ <input type="checkbox"/> 2回目・ <input type="checkbox"/> 3回目			
	<input type="checkbox"/> 5種混合ワクチン (ジフテリア・百日せき・破傷風・急性灰白髄炎・H i b感染症) 第1期【初回接種 (<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】			
	<input type="checkbox"/> DPT-I P V : 4種混合ワクチン (ジフテリア・破傷風・百日せき・急性灰白髄炎) 第1期【初回接種 (<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】			
	<input type="checkbox"/> BCGワクチン			
	<input type="checkbox"/> DPT : 3種混合ワクチン (ジフテリア・破傷風・百日せき) 第1期【初回接種 (<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】			
	<input type="checkbox"/> 不活化ポリオワクチン (急性灰白髄炎) 第1期【初回接種 (<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】			
	<input type="checkbox"/> 水痘ワクチン <input type="checkbox"/> 1回目・ <input type="checkbox"/> 2回目		<input type="checkbox"/> MR (麻しん・風しん) <input type="checkbox"/> 第1期・ <input type="checkbox"/> 第2期	
	<input type="checkbox"/> 麻しんワクチン <input type="checkbox"/> 第1期・ <input type="checkbox"/> 第2期		<input type="checkbox"/> 風しんワクチン <input type="checkbox"/> 第1期・ <input type="checkbox"/> 第2期	
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎ワクチン <input type="checkbox"/> 第1期【初回接種 (<input type="checkbox"/> 1回目・ <input type="checkbox"/> 2回目) <input type="checkbox"/> 追加】・ <input type="checkbox"/> 第2期			
	<input type="checkbox"/> DT : 2種混合ワクチン (ジフテリア・破傷風) 第2期			
	<input type="checkbox"/> HPV感染症ワクチン <input type="checkbox"/> 1回目・ <input type="checkbox"/> 2回目・ <input type="checkbox"/> 3回目			
接種希望医療機関	名称		(電話番号)	- -
	所在地			
接種予定日※	年 月 日			
申請の理由	<input type="checkbox"/> 実家に里帰り中のため <input type="checkbox"/> 被接種者のかかりつけ医のため <input type="checkbox"/> その他 ()			
滞在先の住所	(電話番号) - -			
定期予防接種依頼書の送付先	<input type="checkbox"/> 自宅・ <input type="checkbox"/> 滞在先 <input type="checkbox"/> その他 (住所 宛名)			

※ 本申請に基づき交付する定期予防接種依頼書で受けることができる予防接種は、申請日から6か月以内に受けることができるものに限られます。

【市使用欄】

母子手帳の予防接種の記録の確認	<input type="checkbox"/> 窓口で確認	<input type="checkbox"/> コピー添付で確認
-----------------	--------------------------------	-----------------------------------