

予防接種法に基づく予防接種の市外実施依頼申請書（A類）

川西市長 あて

標記のことについて、下記のとおり予防接種を市外で接種したいので申請いたします。

なお、**接種を受ける市町村で費用を徴収される場合は、本人及び家族が全額負担**します。

申請について	申請年月日	年 月 日												
	申請者氏名	(続柄)												
	申請者の連絡先	住所 電話番号 — —												
接種者本人について	氏名・性別	男・女												
	生年月日・年齢	年 月 日 (歳)												
	住 所 地 (住民票所在地)	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 兵庫県川西市												
	滞在先住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ (〒 —) 都道 市区 府県 町村 (様方) 接種に関する問合せ先 電話番号 — — (名前;)												
接種について	ワクチン名	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> ロタ (1, 2, 3) 回目</td> <td><input type="checkbox"/> MR 第(1, 2)期</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ヒブ 初回(1, 2, 3)回目, 追加</td> <td><input type="checkbox"/> 水痘 (1, 2) 回目</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 初回(1, 2, 3)回目, 追加</td> <td><input type="checkbox"/> 日本脳炎 第1期初回(1, 2)回目, 第1期追加, 第2期</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> B型肝炎 (1, 2, 3) 回目</td> <td><input type="checkbox"/> 不活化ポリオ (1, 2, 3) 回目, 追加</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4種混合 第1期初回(1, 2, 3)回目 第1期追加</td> <td><input type="checkbox"/> DT第2期</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> BCG</td> <td><input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防(1, 2, 3)回目</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> ロタ (1, 2, 3) 回目	<input type="checkbox"/> MR 第(1, 2)期	<input type="checkbox"/> ヒブ 初回(1, 2, 3)回目, 追加	<input type="checkbox"/> 水痘 (1, 2) 回目	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 初回(1, 2, 3)回目, 追加	<input type="checkbox"/> 日本脳炎 第1期初回(1, 2)回目, 第1期追加, 第2期	<input type="checkbox"/> B型肝炎 (1, 2, 3) 回目	<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ (1, 2, 3) 回目, 追加	<input type="checkbox"/> 4種混合 第1期初回(1, 2, 3)回目 第1期追加	<input type="checkbox"/> DT第2期	<input type="checkbox"/> BCG	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防(1, 2, 3)回目
	<input type="checkbox"/> ロタ (1, 2, 3) 回目	<input type="checkbox"/> MR 第(1, 2)期												
	<input type="checkbox"/> ヒブ 初回(1, 2, 3)回目, 追加	<input type="checkbox"/> 水痘 (1, 2) 回目												
<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 初回(1, 2, 3)回目, 追加	<input type="checkbox"/> 日本脳炎 第1期初回(1, 2)回目, 第1期追加, 第2期													
<input type="checkbox"/> B型肝炎 (1, 2, 3) 回目	<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ (1, 2, 3) 回目, 追加													
<input type="checkbox"/> 4種混合 第1期初回(1, 2, 3)回目 第1期追加	<input type="checkbox"/> DT第2期													
<input type="checkbox"/> BCG	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防(1, 2, 3)回目													
場 所	医療機関名 _____ 市 町 名 <u>伊丹市・宝塚市・尼崎市・西宮市・三田市・芦屋市・その他</u> <u>その他の場合は住所</u> 都道 市区 府県 町村													
理 由	<input type="checkbox"/> かかりつけ医療機関のため <input type="checkbox"/> 入院、入所中のため <input type="checkbox"/> その他													

※郵送を希望される場合は、郵送先住所、氏名を記入のうえ切手を貼った返信用封筒を同封してください。

※以下は、記入しないでください。

申請受理日	作成者	点検者	備考	作成枚数
			手渡し 郵送 (/)	阪神・広域・他 枚