

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)	兵庫県川西市	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	滞在先住所	(〒 —) 都道府県 市区町村	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ (様方)
接種について	ワクチン名	<input type="checkbox"/> ロタ (1, 2, 3) 回目, 追加 <input type="checkbox"/> ヒブ 初回 (1, 2, 3) 回目, 追加 <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 初回 (1, 2, 3) 回目, 追加 <input type="checkbox"/> B型肝炎 (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"/> BCG	<input type="checkbox"/> MR 第(1, 2)期 <input type="checkbox"/> 水痘 (1, 2) 回目 <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"/> 不活化ポリオ (1, 2, 3) 回目, 追加 <input type="checkbox"/> DT第2期 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防 (1, 2, 3) 回目
	場所	市区町村名 _____ <small>都道府県 市区町村</small>	医療機関名 _____
	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。

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