

# 予防接種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 川西市 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"/> 5種混合 第1期初回(1, 2, 3)回目 第1期追加</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"/> 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"/> 5種混合 第1期初回(1, 2, 3)回目 第1期追加	<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"/> 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"/> 5種混合 第1期初回(1, 2, 3)回目 第1期追加	<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"/> DT第2期											
<input type="checkbox"/> BCG	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防(1, 2, 3)回目											
	下記ワクチンは過去接種した方のみ <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"/> ヒブ 初回(1, 2, 3)回目, 追加											
場 所	医療機関名 _____ 市 町 名 伊丹市・宝塚市・尼崎市・西宮市・三田市・芦屋市・その他 その他の場合は住所 _____ 都道府県 _____ 市区町村 _____											
理 由	<input type="checkbox"/> かかりつけ医療機関のため <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 入院、入所中のため											

※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