

(宛先) 豊中市長

(市記載欄)依頼書発行No.

予防接種市外実施依頼書 申込書(A類)

以下の内容で「予防接種市外実施依頼書」の発行を申込みます。 (申込日) 年 月 日

受ける人の住所	〒 豊中市		
受ける人の名前	フリガナ	性別	男 ・ 女
	電話番号 (日中繋がりやすい番号をご記入ください)		
受ける人の生年月日	年 月 日 (満 歳 九月)		
保護者氏名 <small>※保護者が申込する場合のみ記入</small>	受ける人との関係		
予防接種の種類 (ワクチン名と回数に○) ※複数選択可	1. ロタ(1・2・3回目) 2. B型肝炎(1・2・3回目) 3. ヒブ(1・2・3回目・追加) 4. 小児用肺炎球菌(1・2・3回目・追加) 5. 四種混合(第1期 1・2・3回目・追加) 6. 五種混合(第1期 1・2・3回目・追加) 7. BCG 8. 麻しん風しん(MR)混合(第1・2期)		9. 水痘(1・2回目) 10. 日本脳炎(第1期 1・2回目・追加・第2期) 11. 二種混合 第2期 12. HPV(子宮頸がん)(1・2・3回目) 13. RSウイルスワクチン(妊婦用) ①出産予定日(年 月 日) ②接種予定日(年 月 日) ※②は決まっている場合のみ
	予診票の有無	有・無	※豊中市予防接種手帳をお持ちの場合は 付属の予診票をお使いください。
接種予定医療機関	名称		
	所在地	〒 連絡先()	
申込み理由	1. 被接種者のかかりつけの医療機関であるため 2. 市外滞在中のため 滞在先住所(〒 様方) 連絡先() 3. 接種予定医療機関に入院中のため 4. その他()		
依頼書等送付先	1. 豊中市住所 2. 市外滞在先住所 3. その他住所 住所(〒 様方)		
依頼書の宛名	1. 市区町村長あて 2. 医療機関長あて		事前に接種する医療機関がある市区町村の予防接種 担当にご確認いただき、○をしてください。

【市記載欄】

整理番号: 26-

受付日	年 月 日	申込方法	来所・電話・郵送・その他
受付者	確認者	補助金申込書送付 (済・不要)	
		提出先	長
		【ダブルチェック(確認者が記入)】 <input type="checkbox"/> 氏名・住所・生年月日・医療機関名・提出先確認済 <input type="checkbox"/> 接種可能年齢か確認済(RSは接種予定日が28週0日~36週6日の間か) <input type="checkbox"/> 過去に接種歴が無いことを確認済 <input type="checkbox"/> 過去に同依頼書発行歴が無いことを確認済 <input type="checkbox"/> 送付先住所確認済 <input type="checkbox"/> 送付書、証明書全ての書類が同一人物か確認	