

奥州市長様

被接種者	氏名	ふりがな ..... (男・女)	保護者名	
	生年月日	年 月 日生 (満 歳 か月)		
	住所	奥州市	電話	
申請者	氏名		被接種者との続柄	父・母 その他 ( )

定期予防接種申請書

下記のとおり予防接種を受けたいので申請をいたします。  
記

接種を希望する 予防接種	予防接種名		接種方法区分	
		<input type="checkbox"/> 四種混合第1期 (1回目・2回目・3回目・追加)		<input type="checkbox"/> 集団接種
	<input type="checkbox"/> 二種混合第1期 (乳幼児) (1回目・2回目・3回目・追加)		<input type="checkbox"/> 集団接種	<input type="checkbox"/> 個別接種
	<input type="checkbox"/> 二種混合第2期 (小学生)		<input type="checkbox"/> 集団接種	<input type="checkbox"/> 個別接種
	<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ第1期 (1回目・2回目・3回目・追加)		<input type="checkbox"/> 集団接種	<input type="checkbox"/> 個別接種
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合 (第1期・第2期)		<input type="checkbox"/> 集団接種	<input type="checkbox"/> 個別接種
	<input type="checkbox"/> 麻しん (第1期・第2期)		<input type="checkbox"/> 集団接種	<input type="checkbox"/> 個別接種
	<input type="checkbox"/> 風しん (第1期・第2期)		<input type="checkbox"/> 集団接種	<input type="checkbox"/> 個別接種
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎 (1回目・2回目・追加・第2期)		<input type="checkbox"/> 集団接種	<input type="checkbox"/> 個別接種
	<input type="checkbox"/> BCG		<input type="checkbox"/> 集団接種	<input type="checkbox"/> 個別接種
	<input type="checkbox"/> ヒブワクチン (1回目・2回目・3回目・追加)		<input type="checkbox"/> 集団接種	<input type="checkbox"/> 個別接種
	<input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌ワクチン (1回目・2回目・3回目・追加)		<input type="checkbox"/> 集団接種	<input type="checkbox"/> 個別接種
	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防ワクチン (1回目・2回目・3回目)		<input type="checkbox"/> 集団接種	<input type="checkbox"/> 個別接種
	<input type="checkbox"/> B型肝炎 (1回目・2回目・3回目)		<input type="checkbox"/> 集団接種	<input type="checkbox"/> 個別接種
	<input type="checkbox"/> ロタウイルス感染症 (1回目・2回目・3回目)		<input type="checkbox"/> 集団接種	<input type="checkbox"/> 個別接種
	<input type="checkbox"/> 水痘 (1回目・2回目)		<input type="checkbox"/> 集団接種	<input type="checkbox"/> 個別接種
実施依頼先	<input type="checkbox"/> 個別接種	〒	院長名	
		住所		
	電話番号			
	医療機関名			
	<input type="checkbox"/> 集団接種	〒		
		住所		
		電話番号		
		市町村名		
申請理由	<input type="checkbox"/> 何らかの疾病があるため、かかりつけ医にて受けたい <input type="checkbox"/> 長期間、他の市町村に滞在する必要があるため <input type="checkbox"/> その他			
滞在先住所	〒			
	住所	様方		
	日中に連絡のとれる電話番号			
接種を希望する期間	年 月 日 ~ 年 月 日		<small>※決定通知書が届くまでは接種できません。 本申請書受理から決定通知書が届くまで 約2週間かかります。</small>	

\* 記入方法について

- 各項目に記入及び該当する□に✓点を付けてください。接種を希望する予防接種のうち回数のある予防接種については、回数を○で囲んでください。申請していない予防接種を受ける場合は、改めて申請が必要です。
- 実施依頼先については、希望する予防接種が集団接種で実施されるか個別接種（医療機関）により実施されるか市町村担当課に確認し記載してください。
- 接種料金が当市の支払う接種料金を上回る場合は、その差額については、被接種者の負担となります。
- この申請は、年度毎の申請が必要です。