

新城市個別・市外定期予防接種申請書

令和 年 月 日

新 城 市 長

申請者 住所 新城市

氏名

予防接種法に規定する定期の予防接種事業により、BCG 予防接種の個別医療機関接種または新城市以外での予防接種を希望するため、下記のとおり申請します。

記

被接種者	住所	〒 _____ 新城市  (電話 _____)			
	ふりがな		男・女	生年月日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 令和 _____ ( _____ 歳 _____ か月)
	氏名				
	ふりがな				
	保護者氏名			続柄	
	申請理由 (※)	1. 疾病等のためかかりつけ医師の下での接種が必要なため 2. 里帰り出産等のため新城市以外での予防接種を希望するため 3. 止むを得ない事情のため BCG 予防接種が集団で接種できないため			
希望する 予防接種 (※)	BCG	ロタウイルスワクチン 1回目・2回目・(3回目*) *ロタテック(5価)のみ	B型肝炎 1回目・2回目・3回目	ヒブワクチン 1回目・2回目・3回目・追加	
	小児用肺炎球菌 1回目・2回目・3回目・追加	四種混合 1回目・2回目・3回目・追加	麻しん風しん混合 1期・2期	麻しん 1期・2期	
	風しん 1期・2期	水痘 1回目・2回目	日本脳炎 1期1回目・2回目・追加・2期	二種混合	
	不活化ポリオ 1回目・2回目・3回目・追加	子宮頸がん予防ワクチン 1回目・2回目・3回目			
希望市町村 (希望医療機関)	所在地：( _____ ) 市・町・村 医療機関名： _____				

※該当する所に○をつけてください。