

箕面市外での定期予防接種実施依頼申請書（A類）

（宛先）箕面市教育委員会教育長

申請者 住所

氏名

電話番号

（※日中に連絡が取れる電話番号をご記入ください。）

被接種者との続柄

次のとおり、箕面市外で定期予防接種を受けたいので、予防接種実施依頼書の発行を申請します。

接種されるかた <input type="checkbox"/> 申請者と同じ	氏名	フリガナ	
	生年月日	年 月 日（ 歳 か月）	
	接種時住所	<input type="checkbox"/> 上記申請者住所と同じ 箕面市	
申請する 定期 予防接種	ワクチン種類	申請するものに○印を記入してください。	
	BCG	（ 1回目 ）	
	ロタウイルス (①か②)	①ロタリックス	（ 1回目 ・ 2回目 ）
		②ロタテック	（ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ）
	B型肝炎	（ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ）	
	小児用肺炎球菌	（ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 ）	
	五種混合	（ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 ）	
	三種混合	（ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 ）	
	不活化ポリオ	（ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 ）	
	ヒブ	（ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 ）	
	水痘	（ 1回目 ・ 2回目 ）	
	麻しん・風しん混合（MR）	（ 1期 ・ 2期 ）	
	日本脳炎	（ 1期1回目 ・ 1期2回目 ・ 1期追加 ・ 2期 ）	
	二種混合	（ 1回目 ）	
子宮頸がん（HPV）	（ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ）		
RSウイルス感染症	（ 1回目 ）		
予診票	市からの送付が <input type="checkbox"/> 必要 ・ <input type="checkbox"/> 不要 ※お手元に箕面市の予診票がある場合は、その予診票をお使いください。		
他市で接種する理由	<input type="checkbox"/> 里帰り出産等による、市外長期滞在のため <input type="checkbox"/> かかりつけ医療機関が市外にあるため <input type="checkbox"/> その他（ ）		
接種する医療機関	名称： 所在地：〒		
依頼書の宛名	<input type="checkbox"/> 市区町村長宛 <input type="checkbox"/> 医療機関長宛 ※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ください。		
依頼書送付先	<input type="checkbox"/> 箕面市の住所（上記申請者の住所） <input type="checkbox"/> 市外滞在先住所 〒 (様方)		
提出先	箕面市教育委員会 子ども未来部 子どもすこやか課 〒562-0003 箕面市西小路4-6-1 箕面市役所別館2階 TEL：072-724-6768		

【以下、市記入欄】

助成金（還付）申請書同封（ 済 ・ 不要 ）

予診票同封（ 済 ・ 不要）