**天草市広域化予防接種申請書**

天草市　　　　　－

令和 年 月 日

天草市長 様

|  |
| --- |
| 申請者（保護者）  |
| 申請者住所 天草市  |
| （電話 ）  |

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな被接種者 |  |
| 生年月日 | 平成　・　令和 　年 　　 月 　 日（　　　　）歳 |
| 予防接種 | □ Ｂ型肝炎□1回目 □2回目 □3回目□ ロタリックス□1回目 □2回目□ ロタテック□1回目 □2回目 □3回目□ ヒブ感染症初回□1回目 □2回目 □3回目□ ヒブ感染症追加□ 小児の肺炎球菌感染初回□1回目 □2回目 □3回目□ 小児の肺炎球菌感染症追加□ ＢＣＧ | □ 四種混合1期初回□1回目 □2回目□3回目□ 四種混合1期追加□ ５種混合1期初回□1回目 □2回目□3回目□ ５種混合1期追加□ 二種混合2期□ 麻しん・風しん１期□ 麻しん・風しん2期 | □ ﾋﾄﾊﾟﾋﾟﾛｰﾏｳｲﾙｽ感染症□1回目 □2回目 □3回目□ 水痘□初回 □追加□ 日本脳炎1期初回　□1回目 □2回目□ 日本脳炎1期追加□ 日本脳炎2期□ その他（ ） |
| 接種希望市町村及び医療機関 | 市医療機関名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 天草市で接種できない理由 | 1. かかりつけ医での接種 　2. 養護学校入所 　3. 里帰り出産4. 実家帰省 　5. 入院中 　6. その他（ 　　　　　　　 ） |

※申請書等の郵送の場合

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申　　　請　　　書 | 予　診　票 | 備　　考 |
| 発　送　日 | 返　信　日 | 発　送　日 | ※返信先住所・氏名等 |
|  |  |  |