

様式第1号（第3条関係）

予防接種契約外医療機関受診申請書

年 月 日

大町市長 殿

申請者 住所
氏名

次のとおり予防接種を契約外医療機関で接種したいので、申請します。

予防接種の種類 (該当に○)	・麻しん ・風しん ・麻しん風しん混合 (1期 2期) ・三種混合 (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) ・ポリオ (1回目 2回目 3回目 追加) ・日本脳炎 1期 (1回目 2回目 追加) 2期 ・二種混合 ・BCG ・HPV (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) ・ヒブ (1回目 2回目 3回目 追加) ・水痘 (水ぼうそう) (1回目 2回目) ・B型肝炎 (1回目 2回目 3回目) ・ロタウイルス (1回目 2回目 3回目) ・高齢者インフルエンザ ・高齢者肺炎球菌 ・新型コロナ ・带状疱疹 (1回目 2回目) ・RSウイルス
被接種者氏 名 生年月日	(年 月 日生)
住 所 電 話	大町市 番地 (電話 — —)
接種医療機関名 所在地 電 話	(電話 — —)
理 由 (該当に○)	1 他市町村にかかりつけ医があり、下記①～⑤のような理由で契約以外の医療機関で、個別での接種が必要と認められた ①慢性疾患等を有する（心臓血管系、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患、発育障害などの基礎疾患を有する） ②過去にけいれんの既往がある（熱性けいれん以外） ③過去に免疫不全の診断がなされている ④接種液の成分に対してアレルギーを呈するおそれがある ⑤前回の予防接種で全身性の重篤な副反応が見られた 2 母親が出産等で、接種対象となる児を伴い他市町村に長期にわたり居住する 3 他市町村の施設に入所している 4 その他市長が認めるもの
保 護 者 氏 名	
本 人 確 認 書 類	1 母子健康手帳 2 運転免許証 3 マイナンバーカード 4 健康保険資格確認書 5 生活保護受給者証 6 その他 ()