

年 月 日

(宛先) 多気町長

県外での予防接種の実施の申出書

多気町が実施する予防接種について、下記の理由により多気町内で受けられませんので、滞在先にて接種できますようご配慮をお願い申し上げます。

1. 申請者 (保護者)

|     |  |     |  |
|-----|--|-----|--|
| 住 所 |  |     |  |
| 氏 名 |  | 連絡先 |  |

## 2. 被接種者

|         |                                                                           |      |       |
|---------|---------------------------------------------------------------------------|------|-------|
| 住 所     | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ<br><input type="checkbox"/> 申請者と異なる 〒 多気町 |      |       |
| 氏 名     |                                                                           | フリガナ |       |
| 生 年 月 日 | 年 月 日                                                                     | 性 別  | 男 ・ 女 |

### 3. 県外接種の理由・滞在先等

|        |               |
|--------|---------------|
| 理 由    |               |
| 滞在先住所  |               |
| 滞在予定期間 | 年 月 日 ～ 年 月 日 |

#### 4. 接種予定医療機関等

|         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 医療機関名   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 住 所     | 〒                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 連 絡 先   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 接種予定日   | 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 接 種 種 類 | <p>生後（ ）か月ごろまでに接種する定期接種対象ワクチン</p> <p>ロタ1価（1回目・2回目）、ロタ5価（1回目・2回目・3回目）、<br/> <b>B</b>型肝炎（1回目・2回目・3回目）、<br/>         小児肺炎球菌（1回目・2回目・3回目・初回追加）、<br/>         五種混合（1回目・2回目・3回目・初回追加）、BCG、MR（1期・2期）、<br/>         水痘（1回目・2回目）、DT、<br/>         日本脳炎（1期1回目・1期2回目・1期追加・2期）、<br/>         子宮頸がん（2価・4価・9価）（1回目・2回目・3回目）<br/>         その他（ ）</p> |

# 記入例

県外接種（前）

年 月 日

（宛先）多気町長

## 県外での予防接種の実施の申出書

多気町が実施する予防接種について、下記の理由により多気町内で受けられませんので、滞在先にて接種できますようご配慮をお願い申し上げます。

### 1. 申請者（保護者）

住民登録地を記入してください

|     |               |     |               |
|-----|---------------|-----|---------------|
| 住 所 | 多気町相可 1600 番地 |     |               |
| 氏 名 | 多気 花子         | 連絡先 | 090-0000-0000 |

### 2. 被接種者

チェックしてください。

連絡の取れる電話番号を記入してください

|      |                                                                                      |      |        |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------|------|--------|
| 住 所  | <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ<br><input type="checkbox"/> 申請者と異なる 〒 多気町 |      |        |
| 氏 名  | 多気 太郎                                                                                | フリガナ | タキ タロウ |
| 生年月日 | 令和 6 年 4 月 2 日                                                                       | 性別   | 男 ・ 女  |

申請者と同じの場合省略可。

### 3. 県外接種の理由・滞在先等

|        |                                  |
|--------|----------------------------------|
| 理 由    | （例）里帰りのため                        |
| 滞在先住所  | 〒163-8001<br>東京都新宿区西新宿 〇 - 〇 - 〇 |
| 滞在予定期間 | 令和 6 年 3 月 2 日 ～ 令和 6 年 7 月 2 日  |

### 4. 接種予定医療機関等

必ず記入してください

|         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 医療機関名   | 〇〇クリニック                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 住 所     | 〒100-0014 東京都千代田区永田町〇-〇-〇                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 連 絡 先   | 03 - 5521 - 〇〇〇〇                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 接種予定日   | 令和 6 年 6 月 2 日                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 接 種 種 類 | 生後（ ）か月ごろまでに接種する定期接種対象ワクチン<br>ロタ 1 価（1 回目・2 回）<br>B 型肝炎（1 回目・2 回）<br>小児肺炎球菌（1 回目・2 回目・3 回目・初回追加）、<br>五種混合（1 回目・2 回目・3 回目・初回追加）、BCG、MR（1 期・2 期）、<br>水痘（1 回目・2 回目）、DT、<br>日本脳炎（1 期 1 回目・1 期 2 回目・2 期）、子宮頸がん（2 価・4 価・9 価）<br>（1 回目・2 回目・3 回目）<br>その他（ ）<br>種類が不明な場合は、こちらに記入してください。<br>当てはまるものに〇を記入してください。 |