

# 奈良市定期予防接種承認書(依頼書)交付申請書(A類)

令和 年 月 日

(宛先) 奈良市長

申請者 住所 奈良市

下記のとおり、奈良市定期予防接種承認書(依頼書)の交付を申請します。

氏名 (続柄: )

【市外接種・二次医療機関接種・契約・その他( )】

電話

|   |                                 |                                 |                                 |            |                      |          |        |          |
|---|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|------------|----------------------|----------|--------|----------|
| 接種対象者   | 住所                              | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ | 申請者と住所が異なる場合、<br>右に住所を記入ください    | 奈良市        |                      |          |        |          |
|   | フリガナ                            |                                 |                                 | 生年月日       | 平成<br>令和             | 年<br>(満  | 月<br>歳 | 日<br>か月) |
| 承認を受ける予防接種<br>今回申請されるもの○<br>をつけてください。<br><br>(※1)<br>ロタウイルスワクチンは<br>2種類のワクチンがある<br>ため、取り扱っているワ<br>クチンの種類を、あらか<br>じめ医療機関に確認し | 氏名                              |                                 |                                 | 対象年齢<br>確認 | 接種日記入欄 (記入しないでください。) |          |        |          |
|   | 1. ヒブ感染症(1回目・2回目・3回目・追加)        |                                 |                                 |            |                      |          |        |          |
|   | 2. 小児肺炎球菌感染症(1回目・2回目・3回目・追加)    |                                 |                                 |            |                      |          |        |          |
|   | 3. B型肝炎(1回目・2回目・追加)             |                                 |                                 |            |                      |          |        |          |
|   | 4. ロタウイルス<br>(※1)               | 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)             |                                 |            |                      |          |        |          |
|   | 5. BCG                          |                                 |                                 |            |                      |          |        |          |
|   | 6. 5種混合 (1回目・2回目・3回目・追加)        |                                 |                                 |            |                      |          |        |          |
|   | 7. 4種混合 (1回目・2回目・3回目・追加)        |                                 |                                 |            |                      |          |        |          |
|   | 8. 麻しん・風しん混合(MR) (第1期・第2期)      |                                 |                                 |            |                      |          |        |          |
|   | 9. 水痘(1回目・2回目)                  |                                 |                                 |            |                      |          |        |          |
|   | 10. 日本脳炎 (1回目・2回目・追加・第2期)       |                                 |                                 |            |                      |          |        |          |
|   | 11. 二種混合 第2期                    |                                 |                                 |            |                      |          |        |          |
|   | 12. ポリオ (1回目・2回目・3回目・追加)        |                                 |                                 |            |                      |          |        |          |
| 13. ヒトパピローマウイルス感染症(1回目・2回目・3回目)   |                                 |                                 |                                 |            |                      |          |        |          |
| 接種を受ける医療機関  | 医療機関名                           |                                 |                                 | 所在地        | 都道<br>府県             | 市区<br>町村 |        |          |
| 接種時の滞在先<br>(連絡先)<br>(※住民登録と異なる場合記入)   | 〒                               |                                 | (電話 )                           |            |                      |          |        |          |
| 保護者の氏名・住所   | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ |                                 | 申請者が保護者以外の場合は、保護者の氏名・住所を記入ください。 |            |                      |          |        |          |
|   | 保護者氏名                           |                                 |                                 | 続柄( )      |                      |          |        |          |
|   | 住所                              |                                 |                                 |            |                      |          |        |          |
| 送付を希望する宛先   | 自宅(奈良市の住所地)                     |                                 | ・滞在地( )                         |            | 様方)                  |          |        |          |
| 申請の理由   | かかりつけ医 ・ 里帰り ・ その他( )           |                                 |                                 |            |                      |          |        |          |

## 【今回の承認書の交付についての注意事項】

- 今回交付する承認書の有効期限は、9月30日以前に交付した分については交付日から6か月間、左記1～3について理解し同意しました。10月1日以降に交付した分については申請を行った日の属する年度の3月31日までとなります。
  - 接種日の時点で奈良市に住民登録がない場合は使用できません。
  - 接種開始時期や接種間隔が満たない場合は定期の予防接種ではなく、任意の予防接種となります。
- (健康被害救済の対象外になり、費用についても全額自己負担となります。)
- ( はい )  
※同意される方は○をつけてください。

### <決裁欄>

|    |      |    |    |
|----|------|----|----|
| 課長 | 課長補佐 | 係長 | 係員 |
|    |      |    |    |

- 期限内に接種可能か確認
- 交付 ( / )  
( 郵送・窓口 )
- 請求書
- 入力

受付印



上記のとおり予防接種承認書(依頼書)の交付申請がありましたので、交付してよろしいか伺います。

令和 年 月 日 (担当者: )