様式第３－１（第８条関係）

半田市広域予防接種承認申請書（Ａ類疾病）

年　　月　　日

半田市長　殿

申 請 者　　（〒　　－　　）
住　　所　半田市
フリガナ
氏　　名

生年月日　　年　　月　　日（　　歳）

電話番号

被接種者との続柄（　　）

半田市定期予防接種実施要綱第８条第１項の規定に基づき、次のとおり広域予防接種の承認を申請します。また、市担当者が被接種者の住民登録情報及び予防接種履歴情報の確認調査を行うことに同意します。

フリガナ		生年月日	平成 令和　　年　　月　　日 （満　　歳　　か月）
被接種者氏名			
住所（申請者と同じ場合は省略可）	半田市		
申　請　理　由	１　かかりつけ医　　２　長期入院治療　　３　里帰り出産、家庭内暴力等 ４　その他（　　）		
希望医療機関（※１）		希望医療機関 所 在 市 町 村	

希望する予防接種（※２）	希　望　回　数　または　種　類（希望回数等に〇を付けてください）
５種混合（４種混合＋ヒブ）	１期１回目　・　１期２回目　・　１期３回目　・　１期追加
小児肺炎球菌	１回目　・　２回目　・　３回目　・　追加
Ｂ型肝炎	１回目　・　２回目　・　３回目
ロタウイルス	ロタリックス　・　ロタテック　・　不明
ヒブ	１回目　・　２回目　・　３回目　・　追加
ＢＣＧ	１回目
ＭＲ（はしか・風しん）	１期　・　２期
麻しん（はしか）	１期　・　２期
風しん	１期　・　２期
水痘（みずぼうそう）	１回目　・　２回目
日本脳炎	１期１回目　・　１期２回目　・　１期追加　・　２期
ＤＴ２種混合	１回目
子宮頸がん	【ｼﾙｶﾞｰﾄﾞ9】１回目　・　２回目　・　３回目

※１　広域予防接種協力医療機関に限ります。

※２　定期予防接種対象年齢内かつ年度内に接種を受けられるものに限ります。

職員確認印