

# 予防接種承認書交付申請について

健康課長 殿

令和 年 月 日

次の予防接種を下記理由により、( 市外医療機関 ・ 他市町村 ) で受けたいので承認書の発行をお願いします。

なお、予防接種を受けるに際し、注意事項等に従って適切に対処します。

(申請者) 住所 生駒市

氏名 被接種者との続柄

電話番号

予 防 接 種 名	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ H i b <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加接種</li> <li>・ 小児用肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加接種</li> <li>・ B型肝炎 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目</li> <li>・ ロタウイルス ( <input type="checkbox"/> ロタリックス【1価】 <input type="checkbox"/> ロタテック【5価】 )  <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 (ロタテックのみ)</li> <li>・ 混合接種 ( <input type="checkbox"/> 5種混合 <input type="checkbox"/> 4種混合 <input type="checkbox"/> 3種混合  <input type="checkbox"/> 2種混合 (ジフテリア・破傷風) <input type="checkbox"/> ポリオ )</li> <li>第1期 <input type="checkbox"/> 初回1回目 <input type="checkbox"/> 初回2回目 <input type="checkbox"/> 初回3回目 <input type="checkbox"/> 追加接種  <input type="checkbox"/> 第2期 (ジフテリア・破傷風のみ)</li> <li>・ BCG <input type="checkbox"/> BCG</li> <li>・ 麻しん風しん ( <input type="checkbox"/> 麻しん・風しん混合 <input type="checkbox"/> 麻しん単独 <input type="checkbox"/> 風しん単独 )  <input type="checkbox"/> 第1期 <input type="checkbox"/> 第2期</li> <li>・ 水痘 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目</li> <li>・ 日本脳炎 第1期 <input type="checkbox"/> 初回1回目 <input type="checkbox"/> 初回2回目 <input type="checkbox"/> 追加接種 <input type="checkbox"/> 第2期</li> <li>・ 子宮頸がん予防ワクチン (HPV)  ( <input type="checkbox"/> サーバリックス【2価】 <input type="checkbox"/> ガーダシル【4価】 <input type="checkbox"/> シルガード9【9価】 )  <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目</li> </ul>
接種を希望する理由	
被接種者	住 所 生駒市
	氏 名
	生 年 月 日 年 月 日 生 ( 歳 か月 )
保護者氏名	
依 頼 先	市町村 院長

母子手帳	健康かるて

係 員	予防接種担当

市町村

院長 殿

生 駒 市 健 康 課 長

### 予 防 接 種 の 依 頼 に つ い て

このことについて、本市住民である下記の者について、貴院において予防接種を受ける事を承認（1次・慢性1次）しましたので接種していただくよう依頼いたします。

なお、予防接種料金は（ ）公費負担します。予診票を添えて下記にご請求ください。  
（ ）公費負担できません。予診票のみご返送ください。

有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
	※生駒市より転出された場合には無効となります
予 防 接 種 名	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ H i b <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加接種</li> <li>・ 小児用肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加接種</li> <li>・ B型肝炎 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目</li> <li>・ ロタウイルス (<input type="checkbox"/> ロタリックス【1価】 <input type="checkbox"/> ロタテック【5価】) <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 (ロタテックのみ)</li> <li>・ 混合接種 (<input type="checkbox"/> 5種混合 <input type="checkbox"/> 4種混合 <input type="checkbox"/> 3種混合 <input type="checkbox"/> 2種混合 (ジフテリア・破傷風) <input type="checkbox"/> ポリオ)</li> <li>第1期 <input type="checkbox"/> 初回1回目 <input type="checkbox"/> 初回2回目 <input type="checkbox"/> 初回3回目 <input type="checkbox"/> 追加接種 <input type="checkbox"/> 第2期 (ジフテリア・破傷風のみ)</li> <li>・ BCG <input type="checkbox"/> BCG</li> <li>・ 麻しん風しん (<input type="checkbox"/> 麻しん・風しん混合 <input type="checkbox"/> 麻しん単独 <input type="checkbox"/> 風しん単独) <input type="checkbox"/> 第1期 <input type="checkbox"/> 第2期</li> <li>・ 水痘 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目</li> <li>・ 日本脳炎 第1期 <input type="checkbox"/> 初回1回目 <input type="checkbox"/> 初回2回目 <input type="checkbox"/> 追加接種 <input type="checkbox"/> 第2期</li> <li>・ 子宮頸がん予防ワクチン (HPV) (<input type="checkbox"/> サーバリックス【2価】 <input type="checkbox"/> ガーダシル【4価】 <input type="checkbox"/> シルガード9【9価】) <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目</li> </ul>
接種を希望する理由	
被接種者	住 所 生駒市
	氏 名
	生 年 月 日 年 月 日 生 ( 歳 か月)
保 護 者 氏 名	

1. 健康被害の対応

- (1) 予防接種後に副反応が疑われる場合は、処置を行い、独立行政法人医薬品医療機器総合機構と本市へご連絡ください。
- (2) 健康被害を診断した場合は、直ちに本市へご連絡ください。本市が責任もって対処します。

2. 予防接種をした場合は、母子健康手帳に御記入ください。

3. 注意事項

法定の間隔より短い間隔での接種は、任意接種となり公費負担はできません。

連絡先・請求先

〒630-0258 生駒市東新町1番3号セラビーいこま **生駒市健康課**

☎0743-75-2255 (平日、8:30~17:15)

市町村

院長 殿

生 駒 市 健 康 課 長

### 予 防 接 種 の 依 頼 に つ い て

このことについて、本市住民である下記の者について、貴院において予防接種を受ける事を承認（1次・慢性1次）しましたので接種していただくよう依頼いたします。

なお、予防接種料金は（ ）公費負担します。予診票を添えて下記にご請求ください。  
（ ）公費負担できません。予診票のみご返送ください。

有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
	※生駒市より転出された場合には無効となります
予 防 接 種 名	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ H i b <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加接種</li> <li>・ 小児用肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加接種</li> <li>・ B型肝炎 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目</li> <li>・ ロタウイルス (<input type="checkbox"/> ロタリックス【1価】 <input type="checkbox"/> ロタテック【5価】) <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 (ロタテックのみ)</li> <li>・ 混合接種 (<input type="checkbox"/> 5種混合 <input type="checkbox"/> 4種混合 <input type="checkbox"/> 3種混合 <input type="checkbox"/> 2種混合 (ジフテリア・破傷風) <input type="checkbox"/> ポリオ)</li> <li>第1期 <input type="checkbox"/> 初回1回目 <input type="checkbox"/> 初回2回目 <input type="checkbox"/> 初回3回目 <input type="checkbox"/> 追加接種 <input type="checkbox"/> 第2期 (ジフテリア・破傷風のみ)</li> <li>・ BCG <input type="checkbox"/> BCG</li> <li>・ 麻しん風しん (<input type="checkbox"/> 麻しん・風しん混合 <input type="checkbox"/> 麻しん単独 <input type="checkbox"/> 風しん単独) <input type="checkbox"/> 第1期 <input type="checkbox"/> 第2期</li> <li>・ 水痘 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目</li> <li>・ 日本脳炎 第1期 <input type="checkbox"/> 初回1回目 <input type="checkbox"/> 初回2回目 <input type="checkbox"/> 追加接種 <input type="checkbox"/> 第2期</li> <li>・ 子宮頸がん予防ワクチン (HPV) (<input type="checkbox"/> サーバリックス【2価】 <input type="checkbox"/> ガーダシル【4価】 <input type="checkbox"/> シルガード9【9価】) <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目</li> </ul>
接種を希望する理由	
被接種者	住 所 生駒市
	氏 名
	生 年 月 日 年 月 日 生 ( 歳 か月)
保護者氏名	

1. 健康被害の対応

- (1) 予防接種後に副反応が疑われる場合は、処置を行い、独立行政法人医薬品医療機器総合機構と本市へご連絡ください。
- (2) 健康被害を診断した場合は、直ちに本市へご連絡ください。本市が責任をもって対処します。

2. 予防接種をした場合は、母子健康手帳に御記入ください。

3. 注意事項

法定の間隔より短い間隔での接種は、任意接種となり公費負担はできません。

連絡先・請求先

〒630-0258 生駒市東新町1番3号セラビーいこま **生駒市健康課**

☎0743-75-2255 (平日、8:30~17:15)