

申請日 年 月 日

（宛先）鈴鹿市長

申請者（保護者等）

県外での予防接種の実施申出書

鈴鹿市が実施する予防接種について、下記の理由により県外での接種を申し出ます。なお、下記内容について、本市が保有する個人情報を見学・調査すること、及び医療機関等に確認を行うことに同意します。

1. 申請者（保護者等）

携帯等、つながりやすい連絡先を記入してください。

氏名	(続柄:)	連絡先	-	-
住所	(〒 -)	鈴鹿市		

2. 接種を受ける人

(フリガナ) 氏名	()	性別	(男 ・ 女)
		生年月日	年 月 日
住所	(〒 -)	鈴鹿市	

3. 県外で接種を希望する理由

理由	
----	--

4. 滞在先（里帰り先、入所施設等）

住所	(〒 -) 都/道/府/県 (様方)
----	-------------------------

5. 接種を受ける医療機関等（接種が受けられることを医療機関にご確認のうえ、ご記入ください）

名称		電話番号	-	-
所在地	(〒 -)			

6. 依頼書送付先（滞在先の予防接種担当部署にご確認のうえ、いずれかに○をつけ、ご記入ください）

1. 滞在先市区町村長	(〒 -) 都/道/府/県
2. 接種医療機関	5と同様
3. その他	

裏面に続きます

7. 県外で接種を受ける定期予防接種（○をしてください）

（※）ロタウイルス感染症：ロタリックス（1回目・2回目）またはロタテック（1回目・2回目・3回目）			
B型肝炎	1回目・2回目・3回目	水痘	1回目・2回目
小児用肺炎球菌	1回目・2回目・3回目・追加	MR	第1期・第2期
5種混合	1回目・2回目・3回目・追加	日本脳炎	1回目・2回目・追加・第2期
4種混合 （2回目以降の方）	2回目・3回目・追加	DT （第2期）	1回
ヒブ （2回目以降の方）	2回目・3回目・追加	HPV	1回目・2回目・3回目
BCG	1回目		

8. 今までに何らかの予防接種を受けたことがありますか。

→（はい（※）・いいえ） ※「はい」の方は、接種歴（母子健康手帳等）の写しを添付してください。

9. 本申請書を受理後、2週間程度で鈴鹿市から県外実施医療機関等に「県外での予防接種実施依頼書」を発行します。発行が完了しましたら、申請者に別途通知しますので、通知の送付希望先に○をしてください。送付先住所に間違いがないことを必ずご確認ください。

→ 申請者の住所（1と同様） ・ 滞在先住所（4と同様）

提出先・お問い合わせ先

〒513-0809

鈴鹿市西条五丁目118番地の3（鈴鹿市保健センター2階）

鈴鹿市地域医療推進課 保健予防グループ

TEL：059-382-9291 FAX：059-384-5670（平日8:30～17:15）