

原発避難者特例法に基づく定期予防接種申請書

年 月 日

守山市長あて

申請者

住 所

氏 名

被接種者との続柄 ()

住民票を有する指定市町村で定期予防接種を受けることが困難なため、原発避難者特例法に基づき、当市での定期予防接種を申請します。住民票の情報を指定市町村に確認することおよび接種情報を指定市町村に提供することに同意します。

被接種者	フリガナ		生年 月日	年 月 日
	氏名			
	避難先 住所	守山市	電話 番号	
	住民票を 有する住所			
希望する 予防接種	※該当する定期予防接種に○をしてください。			
	<input type="checkbox"/> B型肝炎	1回目 2回目 3回目		
	<input type="checkbox"/> ロタウイルス	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	
	<input type="checkbox"/> BCG			
	<input type="checkbox"/> ヒブ感染症	初回 (1回目・2回目・3回目)・追加		
	<input type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌	初回 (1回目・2回目・3回目)・追加		
	<input type="checkbox"/> 五種混合(DPT-IPV-Hib)	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加		
	<input type="checkbox"/> 二種混合(DT)	2期		
	<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加		
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合 (MR)	1期・2期		
	<input type="checkbox"/> 水痘	1回目・2回目		
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	1期初回 (1回目・2回目)・1期追加・2期		
	<input type="checkbox"/> ヒトパピローマウイルス感染症	1回目・2回目・3回目		
<input type="checkbox"/> R S ウイルス感染症				
接種希望 医療機関名				
接種予定期間	年 月 日 から 年 月 日			

(担当課確認欄)

確認相手方	確認方法	確認事項	受付者
<input type="checkbox"/> 申請者 (被接種者 の保護者等)	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> 年齢 <input type="checkbox"/> 住所変更の有無 <input type="checkbox"/> 予防接種歴	
	<input type="checkbox"/> 健康保険資格確認書		
	<input type="checkbox"/> 運転免許証		
	<input type="checkbox"/> その他 ()		