様式第１号（第５条関係）

島田市予防接種料金助成要綱に基づく依頼書の発行申請書

下記の理由により、島田市予防接種料金助成要綱に基づき予防接種を受けたいので、依頼書・関係書類の発行を申請します。

（当てはまるものに〇）

１．心臓血管系・腎臓・肝臓・血液に関する疾患や発育障害などがある。
２．今までに受けた予防接種で、2 日以内に熱がでたり、全身に発疹がでるなどアレルギーを疑う症状があった。
３．今までに、けいれんをおこしたことがある。
４．今までに、免疫不全や免疫不全疑いと診断されたことがある。
５．接種するワクチンの成分にアレルギーをおこすおそれがある。
６．ゼラチンを含む製剤やゼラチンを含む食品で、ショック・じんましん・息がしにくい・唇のはれ・のどのむくみなどの症状がでたことがある。
７．里帰り等により県外で接種を実施する。
８．その他（　　）

被接種者	
住　　所	〒４２　－ 島田市
電　　話	
生年月日	年　　月　　日
予防接種の種類	• 小児用肺炎球菌　1 回目・2 回目・3 回目・追加 • ヒブ　1 回目・2 回目・3 回目・追加 • Ｂ型肝炎　1 回目・2 回目・3 回目 • 四種混合　1 回目・2 回目・3 回目・追加 • 単独不活化ポリオ　1 期（1 回目・2 回目・3 回目・追加） • ＢＣＧ • ＭＲ混合　1 期・2 期 • 水痘　1 回目・2 回目 • 日本脳炎　1 期（1 回目・2 回目・追加）・2 期 • 二種混合　2 期 • 子宮頸がん　1 回目・2 回目・3 回目 • その他（麻しん・風しん・二種混合/　　期　　回）
接種を希望する医療機関	
依頼書ができたら（ 郵送希望 ・ 取りに行きます ）　（当てはまる方に〇）	

年　　月　　日

申請者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿