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	・ヒブ（１回目・２回目・３回目・追加） ・小児用肺炎球菌（１回目・２回目・３回目・追加） ・Ｂ型肝炎（１回目・２回目・３回目） ・五種混合（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 ・水痘（１回目・２回目） ・ＭＲ混合　１期・２期 ・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） ・ロタ（１回目・２回目・３回目）※ロタリックス（１価）の場合は、２回接種になります。 ・ＲＳウイルス ・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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿