

# 県内乗り入れ申請書

下記太枠内を記載漏れのないよう記入してください

|                      |   |  |      |   |   |    |   |
|----------------------|---|--|------|---|---|----|---|
| 受付日                  | ふりがな  |  | 生年月日 | 平・令   | 年 | 月  | 日 |
|                      | 接種する人の<br>名前  |  |      | (   | 歳 | ヶ月 | ) |
|                      |   |  | 電話番号 | (   | ) | —  |   |
| 住民票住所                | 沼津市   |  |      |   |   |    |   |
| 送付先住所                | ※住民票住所以外の場所に書類送付を希望する場合記入。接種者の名前で送付します。希望あれば〇〇様方も記入。                      |  |      |   |   |    |   |
| 理由を記入                | <input type="checkbox"/> 里帰りで 年 月まで滞在するため <input type="checkbox"/> その他( ) |  |      |   |   |    |   |
| 接種する<br>病院名          | 病院所在地 市・町   |  |      |   |   |    |   |
| 種類<br>(〇をして<br>ください) | <input type="checkbox"/> 口タ ( 1 ・ 2 ・ 3 )                                 |  |      | <input type="checkbox"/> ヒブ ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 追加 )  |   |    |   |
|                      | <input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 追加 )                        |  |      | <input type="checkbox"/> B型肝炎 ( 1 ・ 2 ・ 3 )     |   |    |   |
|                      | <input type="checkbox"/> 5種混合 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 追加 )                          |  |      |   |   |    |   |
|                      | <input type="checkbox"/> 4種混合 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 追加 )                          |  |      | <input type="checkbox"/> BCG                    |   |    |   |
|                      | <input type="checkbox"/> 水痘 ( 1 ・ 2 )                                     |  |      | <input type="checkbox"/> MR ( 1 期 ・ 2 期 )       |   |    |   |
|                      | <input type="checkbox"/> 日本脳炎 ( 1 ・ 2 ・ 追加 ・ 2 期 )                        |  |      | <input type="checkbox"/> 2種混合                   |   |    |   |
|                      | <input type="checkbox"/> 子宮頸がん ( 1 ・ 2 ・ 3 )                              |  |      | <input type="checkbox"/> ポリオ ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 追加 ) |   |    |   |
| 申請者自署 (続柄)           |   |  |      |   |   |    |   |

郵送の場合は母子健康手帳と申請者の身分証のコピー添付

## 《行政担当者記入欄》

|      |  |
|------|--|
| 発券番号 |  |
| 健管番号 |  |

|                          |     |
|--------------------------|-----|
| 受付者(カウンター)               |     |
| 身分証確認                    | サイン |
| <input type="checkbox"/> |     |

|     |     |
|-----|-----|
| 発行者 | 確認者 |
| サイン | サイン |
|     |     |

|            |   |
|------------|---|
| 確認事項       | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 申請者情報を身分証明書等で確認                           |
|            | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> メモ・ふせん機能がないか確認(tiara)                     |
|            | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 被接種者名、生年月日、住所、接種履歴(住基・母子健康手帳の予防接種のページ)を確認 |
|            | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 県内乗り入れ対象の医療機関なのか                          |
|            | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 対象の予診票を渡したか                               |
| 受け取り<br>方法 | 窓口 / 郵送   |
| 送付先        | <input type="checkbox"/> 住民票住所 <input type="checkbox"/> その他( )                              |

発送日 /