様式第1号（第5条関係）

**岐阜市予防接種実施依頼書交付申請書**

　年　　月　　日

　（あて先）岐阜市保健所長

　　　　　 申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　被接種者との続柄（　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

下記の理由により、予防接種を岐阜市で受けることができませんので、岐阜市予防接種実施依頼書の発行を申請します。

なお、予防接種による健康被害時の救済措置のために、岐阜市において被接種者の住民情報を確認することに同意します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

　1　予防接種の種類（該当する予防接種を○で囲んでください。）

　　(1)　五種混合　{ 第1期（初回1回・初回2回・初回3回・追加）}

　　(2)　四種混合　{ 第1期（初回1回・初回2回・初回3回・追加）}

　　(3)　二種混合　{ 第1期（初回1回・初回2回・追加）・第2期}

　　(4)　三種混合　{ 第1期（初回1回・初回2回・初回3回・追加）}

　　(5)　麻しん・風しん　{ 第1期・第2期 }

　　(6)　日本脳炎　{ 第1期（初回1回・初回2回・追加）・第2期 }

　　(7)　ＢＣＧ

　　(8)　ポリオ　　{ 第1期（初回1回・初回2回・初回3回・追加）}

　　(9)　Ｈｉｂ感染症　{ 初回1回・初回2回・初回3回・追加 }

　　(10)　小児用肺炎球菌感染症　{ 初回1回・初回2回・初回3回・追加 }

　　(11)　ヒトパピローマウイルス感染症　{ 1回・2回・3回 }

　　(12)　水痘｛ 1回・2回 ｝

　　(13)　Ｂ型肝炎　{ 1回・2回・3回 }

　　(14)　ロタウイルス感染症　ロタリックス　{ 1回・2回 }　ロタテック　{ 1回・2回・3回 }

　　(15)　インフルエンザ　{ 小児の場合（1回・2回）・高齢者等 }

　　(16)　高齢者用肺炎球菌感染症　1回

　2　被接種者氏名

　3　生年月日 　 　　　　年　　　月　　　日（　　　歳　　か月）（男・女）

　4　住　　所 岐阜市

　　　　　　　　　　　（電話:　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　5　保護者氏名

　6　岐阜市で受けられない理由

　7　予防接種を受ける医療機関　　住所：

　　　　医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　電話：

　8　滞在先　住所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様方

　施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　電話：