（別紙様式１）（第５の１　関係）

**岩手県広域的予防接種申請書**

令和　　年　　月　　日

紫波町長　熊　谷　　泉　　様

保護者氏名　　　　　　　　　　　（続柄）

次により、県内の他市町村において予防接種を希望するので、広域接種パスポートの交付を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 被接種者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和・平成　　　年　　月　　日生 |
| 住　　　所 | 〒　　　－※日中に連絡の取れる電話番号　（℡　　　－　　　－　　　） |
| 滞在先住所 | 〒　　　－　　　　※日中に連絡の取れる電話番号(上記と異なる場のみ)（℡　　　－　　　－　　　） |
| 接種予定医療機関名 |  |
| 広域接種を希望する予防接種の種類※希望する予防接種を○で囲んでください。（年度内に予定している予防接種はまとめて申請することができます。） | 四種混合（DTP－IPV）第一期  |  初回１回目　初回２回目　初回３回目　追加  |
| 五種混合（DTP－IPV＋Hib）第一期 | 初回１回目　初回２回目　初回３回目　追加 |
| ロタ |  １回目　２回目　３回目  |
| 二種混合DT（ジフテリア・破傷風） |
| B型肝炎 |  １回目　２回目　３回目  |
| Hib感染症 |  初回１回目　初回２回目　初回３回目　追加  |
| 小児用肺炎球菌 |  初回１回目　初回２回目　初回３回目　追加  |
| 不活化ポリオ（IPV） |  初回１回目　初回２回目　初回３回目　追加  |
| BCG |
| 水痘 |  １回目　２回目  |
| 日本脳炎　 |  第一期（初回１回目　初回２回目　初回３回目）  |
| 第二期 |
| 子宮頸がん | 　1回目　２回目　３回目　 |
| 麻しん風しん混合 | 麻しん風しん混合　　第一期　第二期 |
| 麻しん | 麻しん　第一期　第二期 |
| 風しん　 | 風しん　第一期　第二期 |
| 広域的予防接種を希望する理由 | □ かかりつけ医又は主治医が住所地外の県内にいる。□　母親の出産や施設入所等の理由により、住所地外の県内に長期滞在をしている。□　その他のやむを得ない事情により、住所地市町村外で定期の予防接種を受けることが困難である（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）。 |