（別紙様式１）（第５の１　関係）

**岩手県広域的予防接種申請書（A類疾病）**

令和　　　年　　　月　　　日

雫石町長　　様

保護者氏名　　　　　　　　　（続柄）

下記の理由により、岩手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・生年月日 | （ふりがな）　　　　　　　　　　　生年月日  氏　名　　　　　　　　　　　　平成・令和　　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(上記と異なる場合のみ) |
| 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  ※年度内に、接種を希望する予防接種を、○で囲んでください。 | ・ロタリックス（１価）【１回目・２回目】  ・ロタテック（５価）【１回目・２回目・３回目】  ・Ｂ型肝炎　【1回目・2回目・3回目】  ・Hib感染症【初回（1回目・2回目・3回目）・　追加】  ・小児の肺炎球菌感染症　 　　【初回（1回目・2回目・3回目）・追加】  ・DPT-IPV-Hib(五種混合)第１期 【初回（1回目・2回目・3回目）・追加】  ・DPT-IPV(四種混合)第１期 【初回（1回目・2回目・3回目）・追加】  ・DPT(三種混合)第１期　　 【初回（1回目・2回目・3回目）・追加】  ・IPV(不活化ポリオ) 【初回（1回目・2回目・3回目）・追加】  ・結核（BCG）  ・水痘【1回目・2回目】  ・麻しん風しん混合【第１期・第２期】  ・麻しん【第１期・第２期】  ・風しん【第１期・第２期】  ・日本脳炎【第１期（初回1回目・初回2回目・追加）・第２期】  ・DT（ジフテリア・破傷風）２期  ・HPV感染症【1回目・2回目・3回目】 |
| 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市町村外の県内にいる。  □　母親の出産や施設入所等の理由により、住所地市町村外の県内に  　　長期滞在している。  □　その他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。  　（　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　）  □　上記以外  　（　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　） |