

# 【書き方見本】

☆母子健康手帳の出産予定日が分かるページ、予防接種の記録(5)その他の予防接種のページのコピーを添付してください。  
 ☆RSウイルス感染症予防接種の予診票をお持ちであれば、添付してください(「他市依頼接種」印を押して郵送します)。  
 ☆2週間ほどで関係書類を郵送します。

申請者	フリガナ	セト ハナコ	被接種者 との続柄	<input checked="" type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 夫
	氏名	瀬戸 花子		<input type="checkbox"/> その他 ( )	
	現住所	〒489-0000 瀬戸市〇〇町〇番地			
	電話番号	080-0000-0000			

被接種者	フリガナ	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者	生年	平成10年4月1日	
	氏名	と同じ	月日	(満28歳)	
	出産予定日	令和8年 9月 1日		妊娠週数	20週 0日
	現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒		
	保護者名	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	※被接種者が16歳以上の場合は記入不要		
	滞在先住所	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 静岡県〇〇〇〇〇〇〇〇 電話番号: 080-0000-0000 滞在期間: R8.4.1~R8.8.1		
	※県外在住者の予防接種が実施可能であるかご確認ください。 様方				
必要書類 送付先	<input type="checkbox"/> 現住所 <input checked="" type="checkbox"/> 滞在先住所	接種を 希望する 医療機関	医療機関名	〇〇クリニック	
			所在地	静岡県〇〇市	
			電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	
事由	<input type="checkbox"/> 1 かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 2 長期入院治療 <input checked="" type="checkbox"/> 3 里帰り出産等長期滞在 <input type="checkbox"/> 4 その他 ( )				

以下の内容を確認していただき、チェックをお願いいたします。

<input checked="" type="checkbox"/>	母子健康手帳等の出産予定日が分かるページと、予防接種履歴(予防接種の記録(5)その他の予防接種)のページのコピーを添付しました。
<input checked="" type="checkbox"/>	妊娠週数が28週0日~36週6日の時に、接種できることを理解しました。
<input checked="" type="checkbox"/>	対象の週数以外で接種の場合、全額自己負担となることを理解しました。
<input checked="" type="checkbox"/>	令和8年4月1日からの接種が定期接種の対象(全額無料)であることを理解しました。
<input checked="" type="checkbox"/>	申請から依頼書の到着まで、2週間程度かかることを理解しました。
<input checked="" type="checkbox"/>	申請した医療機関以外の医療機関で接種する際は、再度申請が必要であることを理解しました。
<input checked="" type="checkbox"/>	瀬戸市に住民登録がなくなった場合、依頼書・予診票は無効(使用不可)になることを理解しました。