

男鹿市告示第 6 5 号

男鹿市定期予防接種実施要綱の一部を改正する告示を次のように定める。

令和 8 年 3 月 3 1 日

男鹿市長 菅 原 広 二

男鹿市定期予防接種実施要綱の一部を改正する告示
男鹿市定期予防接種実施要綱（平成 2 8 年男鹿市告示第 4 2 号）の一部を次のように改正する。

改正後

様式第1号 (第5条関係)

様式第1号 (第5条関係)

予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

男鹿市長 様

(申請者) 住所 _____
氏名 _____
被接種者との関係 _____

予防接種法による定期予防接種を、下記のとおり希望しますので、予防接種依頼書の交付を申請します。

| | | | |
|----------------------------------|---|--------|-------|
| 被接種者 | ふりがな 氏名 | 生年月日 | 年 月 日 |
| 保護者氏名 | 氏名 | (続柄:) | |
| 現住所/連絡先 | 男鹿市 〒 - - (日中、連絡のとれる番号をお書きください) | | |
| 予防接種の種類 *発行を希望するものを○で囲んでください。 | 小児用肺炎球菌 (1回目・2回目・3回目・追加) B型肝炎 (1回目・2回目・3回目) ロタウイルス (1回目・2回目・3回目) 五種混合 (1期1回目・2回目・3回目・追加) 二種混合 不活化ポリオ (1回目・2回目・3回目・追加) ヒブ (1期1回目・2回目・3回目・追加) BCG 麻疹風しん (1期・2期) 水痘 (1回目・2回目) 日本脳炎 (1期1回目・2回目・追加・2期) ヒトパピローマウイルス (1回目・2回目・3回目) RSウイルス インフルエンザ 成人用肺炎球菌 新型コロナウイルス 带状疱疹 | | |
| 依頼する市区町村及び担当課又は医療機関名 | | | |
| 依頼期間 | 年 月 日から 年 月 日まで | | |
| 依頼する理由 *該当する【】に○をご記入ください。 | <input type="checkbox"/> 保護者の病気、出産等による里帰り <input type="checkbox"/> 保護者が他市町村に長期滞在のため <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| 滞在先等 *都道府県名からご記入ください。 | 〒 - - 様方 〒 - - | | |
| 送付先 *該当する【】に○をご記入ください。 | <input type="checkbox"/> 自宅 (上記の男鹿市の住所) <input type="checkbox"/> 一時滞在地 <input type="checkbox"/> その他 (〒 - -) | | |

改正前

様式第1号 (第5条関係)

様式第1号 (第5条関係)

予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

男鹿市長 様

(申請者) 住所 _____
氏名 _____
被接種者との関係 _____

予防接種法による定期予防接種を、下記のとおり希望しますので、予防接種依頼書の交付を申請します。

| | | | |
|----------------------------------|---|--------|-------|
| 被接種者 | ふりがな 氏名 | 生年月日 | 年 月 日 |
| 保護者氏名 | 氏名 | (続柄:) | |
| 現住所/連絡先 | 男鹿市 〒 - - (日中、連絡のとれる番号をお書きください) | | |
| 予防接種の種類 *発行を希望するものを○で囲んでください。 | 四種混合 (1期初回1回目・2回目・3回目・1期追加) 不活化ポリオ (1回目・2回目・3回目・追加) 二種混合 麻疹風しん (1期・2期追加) 日本脳炎 (1期初回1回目・2回目・1期追加・2期) BCG 小児用肺炎球菌 (初回1回目・2回目・3回目・追加) ヒブ (初回1回目・2回目・3回目・追加) ヒトパピローマウイルス感染症 (1回目・2回目・3回目) 水痘 (1回目・2回目) B型肝炎 (1回目・2回目・3回目) インフルエンザ 成人用肺炎球菌 | | |
| 依頼する市区町村及び担当課又は医療機関名 | | | |
| 依頼期間 | 年 月 日から 年 月 日まで | | |
| 依頼する理由 *該当する【】に○をご記入ください。 | <input type="checkbox"/> 保護者の病気、出産等による里帰り <input type="checkbox"/> 保護者が他市町村に長期滞在のため <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| 滞在先等 *都道府県名からご記入ください。 | 〒 - - 様方 〒 - - | | |
| 送付先 *該当する【】に○をご記入ください。 | <input type="checkbox"/> 自宅 (上記の男鹿市の住所) <input type="checkbox"/> 一時滞在地 <input type="checkbox"/> その他 (〒 - -) | | |

改正後

様式第2号（第5条関係）

| | | | |
|---|----------|-------------|--------------------|
| 様式第2号（第5条関係） | | 指令番号 | |
| | | 年 月 日 | |
| 予防接種実施医療機関 様 | | 男鹿市長 | |
| 予 防 接 種 実 施 依 頼 書 | | | |
| <p>本市に住所を有する次の者が、貴医療機関のもとで予防接種を受けたい旨の申し出がありましたので、下記の予防接種を実施して下さるようお願いいたします。</p> <p>なお、当該予防接種に起因する健康被害が生じた場合は、予防接種法第11条第1項の規定に基づき本市において救済措置を行います。</p> <p>ただし、接種手数料及びこれに必要な諸検査等を含む料金は自己負担になりますので、接種者から徴収願います。（保護者へ接種費用の助成についてご案内します。）</p> <p>また接種後は予診票を下記までご返送ください。</p> | | | |
| 被接種者 | 住所 | (電話: - -) | |
| | 生年月日 | 年 月 日 | |
| | 氏名 | 性別 | |
| 保護者氏名 | | 続柄 | |
| 予防接種の種類 | A類 | 小児用肺炎球菌 | (1回目・2回目・3回目・追加) |
| | | B型肝炎 | (1回目・2回目・3回目) |
| | | ロタウイルス | (1回目・2回目・3回目) |
| | | 五種混合 | (1期1回目・2回目・3回目・追加) |
| | | 二種混合 | |
| | | 不活化ポリオ | (1回目・2回目・3回目・追加) |
| | | ヒブ | (1期1回目・2回目・3回目・追加) |
| | | B C G | |
| | | 麻疹風しん | (1期・2期) |
| | | 水痘 | (1回目・2回目) |
| | | 日本脳炎 | (1期1回目・2回目・追加・2期) |
| | | ヒトパピローマウイルス | (1回目・2回目・3回目) |
| | R S ウイルス | | |
| | B類 | インフルエンザ | 新型コロナウイルス |
| | | 成人用肺炎球菌 | 帯状疱疹 |
| 依頼する理由 | | | |
| 帰省地住所 | | | |
| 依頼書の有効期間 | | 発行日から6カ月 | |
| 【お問い合わせ・送付先】 | | | |
| 〒 | | | |
| TEL/ | | FAX/ | |

改正前

様式第2号（第5条関係）

| | | | |
|---|---------|----------------|------------------------|
| 様式第2号（第5条関係） | | 指令番号 | |
| | | 年 月 日 | |
| 予防接種実施医療機関 様 | | 男鹿市長 | |
| 予 防 接 種 実 施 依 頼 書 | | | |
| <p>本市に住所を有する次の者が、貴医療機関のもとで予防接種を受けたい旨の申し出がありましたので、下記の予防接種を実施して下さるようお願いいたします。</p> <p>なお、当該予防接種に起因する健康被害が生じた場合は、予防接種法第11条第1項の規定に基づき本市において救済措置を行います。</p> <p>ただし、接種手数料及びこれに必要な諸検査等を含む料金は自己負担になりますので、接種者から徴収願います。（保護者へ接種費用の助成についてご案内します。）</p> <p>また接種後は予診票を下記までご返送ください。</p> | | | |
| 被接種者 | 住所 | (電話) | |
| | 生年月日 | 年 月 日 | |
| | 氏名 | 性別 | |
| 保護者氏名 | | 続柄 | |
| 予防接種の種類 | | 四種混合 | (1期初回1回目・2回目・3回目・1期追加) |
| | | 不活化ポリオ | (1回目・2回目・3回目・追加) |
| | | 二種混合 | |
| | | 麻疹風しん | (1期・2期追加) |
| | | 日本脳炎 | (1期初回1回目・2回目・1期追加・2期) |
| | | B C G | |
| | | 小児用肺炎球菌 | (初回1回目・2回目・3回目・追加) |
| | | ヒブ | (初回1回目・2回目・3回目・追加) |
| | | ヒトパピローマウイルス感染症 | (1回目・2回目・3回目) |
| | | 水痘 | (1回目・2回目) |
| | | B型肝炎 | (1回目・2回目・3回目) |
| | | インフルエンザ | |
| | 成人用肺炎球菌 | | |
| 依頼する理由 | | | |
| 帰省地住所 | | | |
| 依頼書の有効期間 | | 発行日から6カ月 | |
| 【お問い合わせ・送付先】 | | | |
| 〒 | | | |
| TEL/ | | FAX/ | |

| 改正後 | 改正前 |
|-----------------------|-----|
| 備考 改正箇所は、太線で示した部分である。 | |

附 則

この告示は、令和 8 年 4 月 1 日から施行する。