

## 記入例

## 予防接種実施依頼書交付申請書

大竹市長様

申請者 氏名	大竹 花子
被接種者との続柄	母
郵便番号	〒739-0692
住所	大竹市小方一丁目11番1号
電話番号	0827-56-2140

予防接種を他市町村で受けたいので、大竹市予防接種費用助成要綱第3条第1項の規定により申請します。

①被接種者	郵便番号	※申請者と同じ場合は、「同上」と記入してください。 〒		
	住所	大竹市 同上		
	ふりがな	おおたけ たろう	生年月日	年 月 日
	氏名	大竹 太郎	性別	男・女
②接種医療機関	名称	〇〇病院	電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
	郵便番号	〒〇〇〇-〇〇〇〇		
	所在地	〇〇県〇〇市〇〇丁目〇番〇号		
③予防接種の種類 <small>※該当するものに○印をしてください。</small>	五種混合	1期初回 (1回目) ・ 2回目 ・ 3回目) ・ 1期追加		
	ヒブ (Hib)	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加		
	小児用肺炎球菌	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加		
	四種混合 (DPT-IPV)	1期初回		
	二種混合 (DT)	2期		
	不活化ポリオ(単独) (IPV)	1回目		
	麻疹風疹混合 (MR)	1期 ・		
	日本脳炎	1期初回		
	子宮頸がん(2・4価/9価)	1回目		
	結核 (BCG)			
	水痘	1回目		
	B型肝炎	(1回目) ・ 2回目 ・ 3回目		
	ロタウイルス感染症	1価 (1回目 ・ 2回目) 5価 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目)		
	高齢者インフルエンザ			
高齢者肺炎球菌				
新型コロナウイルスワクチン				
④申請理由	例：里帰り出産、入院治療中など 里帰り出産のため			
⑤滞在先	郵便番号	〒		
	住所	△△県△△市△丁△番△号		
	世帯主名	小方 一郎	電話番号	△△△-△△△-△△△
⑥滞在先市町村の 予防接種担当部署	部署名		電話番号	
	郵便番号	〒		
	住所			