

予防接種実施依頼書交付申請書

大 竹 市 長 様

申請者 氏名

被接種者との続柄

郵便番号 〒

住 所

電話番号

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		
	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏 名		性 別	男 ・ 女
②接種医療機関	名 称		電話番号	
	郵便番号 所在地	〒		
③予防接種の 種類 ※該当するものに○印 をしてください。	五種混合	1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目 ・ 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		
	二種混合 (DT)	2 期		
	不活化ポリオ(単独) (IPV)	1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目 ・ 追加		
	麻しん風しん混合 (MR)	1 期 ・ 2 期		
	日本脳炎	1 期初回 (1 回目 ・ 2 回目) ・ 1 期追加 ・ 2 期		
	子宮頸がん	1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目		
	結核 (BCG)			
	水痘	1 回目 ・ 2 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) または 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			
	带状疱疹	(組み換え) 1 回目 ・ 2 回目 または (生) 1 回		
	RS 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			
⑤滞在先	郵便番号	〒		
	住 所			
	世帯主名		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	〒		