

予防接種実施依頼書交付申請書

大 竹 市 長 様

申請者 氏 名 _____ ⑩
 住 所 大竹市 _____
 電話番号 _____
 被接種者との関係 _____

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	住 所	※申請者と同じ場合は、「同上」と記入してください。 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	— —
	所在地			
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>	・ Hib (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 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) ・ 1期追加		
	・ 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		
	・ 高齢者インフルエンザ			
・ 高齢者肺炎球菌				
④申請理由	例：里帰り出産，入院治療中など			
⑤滞在先	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	— —