

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 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 氏 名		生年月日 性 別	年 月 日 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		
	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(2・4価/9価)	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) 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			
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	〒		