

太線枠内はもれなく記入してください

記入例

予防接種実施依頼書交付申請書

申請日はあける

令和 年 月 日

必ずどちらかにチェック

下記の理由により、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

- 里帰り出産
- その他 ()

「実施依頼申請者」は、償還払い請求時の「請求申請者」「口座名義人」と同一者。

糸満市の住所

申請者	住所	
	氏名	(印) (続柄))
	電話	

押印忘れずに!

接種を受ける方	フリガナ		男・女	生年月日	平・令 (満)	年	月	日
	氏名							

滞在期間によって選択する予防接種の種類が変わります。ご不明な点はお問い合わせください。

○でかこんでください。

- | | | |
|----------------------------------|----------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> ロタテック | 1回目・2回目・3回目 | } どちらを接種するか病院と調整する。 |
| <input type="checkbox"/> ロタリックス | 1回目・2回目 | |
| <input type="checkbox"/> 5種混合 | 1期初回 (1回目・2回目・3回目) ・1期追加 | |
| <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 | 初回 (1回目・2回目・3回目) ・追加 | |
| <input type="checkbox"/> B型肝炎 | 1回目・2回目・3回目 | |
| <input type="checkbox"/> BCG | 1回 | |
| <input type="checkbox"/> MR | 1期・2期 | |
| <input type="checkbox"/> 水痘 | 1回目・2回目 | |
| <input type="checkbox"/> ヒブ | 初回 (1回目・2回目・3回目) ・追加 | |
| <input type="checkbox"/> 4種混合 | 1期初回 (1回目・2回目・3回目) ・1期追加 | |
| <input type="checkbox"/> 日本脳炎 | 1期初回 (1回目・2回目) ・1期追加・2期 | |
| <input type="checkbox"/> DT | 2期 | |
| <input type="checkbox"/> 子宮頸がん | 1回目・2回目・3回目 | |

接種希望医療機関

名称	
----	--

滞在先市町村のホームページ等の予防接種実施医療機関一覧を参考にする。
※医療機関には希望する予防接種が接種できるか事前に確認する。

接種時の滞在先

住所	〒	
保護者	氏名:	(続柄) 電話:
滞在期間	年 月 日 ~	年 月 日

滞在先にいる保護者の名前・連絡先

未定の場合でも空欄にしない