

定期予防接種実施依頼書交付申請書

令和 年 月 日

益田市長 様

申請者 住所
氏名
電話番号
(被接種者との関係)

予防接種法による定期予防接種を委託外医療機関で受けたいので、益田市定期予防接種費用の償還払いに関する要綱第5条第1項の規定により、下記のとおり定期予防接種実施依頼書の交付を申請します。

なお、この申請に当たり、次に掲げる事項に同意します。

- (1) 申請内容について確認するため、市が保有する個人情報の調査又は確認を行うこと及び依頼先の医療機関等へ照会を行うこと。
- (2) 接種地の市区町村長又は依頼先の医療機関等に対し、接種に際して必要な個人情報 を市から提供すること。

記

被 接 種 者	住 所	□上記申請者の住所と同じ
	ふりがな 氏 名	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日生
保 護 者 氏 名		
希望する ワクチンの種類 (○をつけてください)	ロタウイルス	(1回目・2回目・3回目)
	B型肝炎	(1回目・2回目・3回目)
	ヒブ	初回(1回目・2回目・3回目)・追加
	小児肺炎球菌	初回(1回目・2回目・3回目)・追加
	四種混合	1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加
	五種混合	1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加
	三種混合	1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加
	不活化ポリオ	1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加
	二種混合	
	BCG	
	水痘	(1回目・2回目)
	麻しん風しん混合(MR)又は麻しん・風しん	(第 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)
申 請 理 由	☐ 里帰りや進学等により県外に長期滞在するため。	
	☐ 疾病等により県外で長期入院または入所しているため。	
	☐ その他 ()	

依頼書の宛先	☐ 滞在先の市区町村長 ☐ 医療機関等 医療機関等の名称 所在地 〒
滞 在 予 定 期 間	年 月 日から 年 月 日まで
滞 在 先 住 所 等	〒 電話番号