

小郡市予防接種実施依頼申出書

小郡市長 殿

申請者 住所 **小郡市二森〇〇-〇**

氏名 **小郡 花子** (接種者との続柄 : **母**)

電話番号 **0942-72-0000**

小郡市予防接種委託医療機関で予防接種を受けることができないため、小郡市予防接種費の償還払いに 関する要綱第4条の規定により、次のとおり申請します。

接種を受ける者	住 所	小郡市 二森〇〇-〇			
	ふりがな	おごおり たろう	男	生年	令和〇 年 〇 月 〇 日
	氏 名	小郡 太郎	女	月日	(才 2 ヶ月)
保護者名	小郡 花子				
接種時の滞在先住所(連絡先)	〒	△△△-1234		連絡先(電話番号)	
		△△県△△市△△町1234番地		△△-△△-4321	
接種依頼理由	<input checked="" type="checkbox"/> 母親の里帰り出産等の理由により、県外に事実上居住するため <input type="checkbox"/> 県外の医療機関又は施設への入院等の理由により、県外に事実上居住するため <input type="checkbox"/> その他()				
接種希望医療機関	医療機関名	あすてらす病院			電話番号 △△-1111
	所在地	△△県		△△市 △△町1111番地	
	接種医師名	明日 照			
希望する予防接種 ※〇を付けてください	1. ロタ [ロタリックス 1 回目・2回目) [ロタテック (1回目・2回目・3回目) 2. ヒブ (1 回目・2回目・3回目・追加) 3. 小児用肺炎球菌 1 回目・2回目・3回目・追加) 4. B型肝炎 1 回目・2回目・3回目) 5. BCG 6. 四種混合 (1回目・2回目・3回目・追加) 7. 五種混合(1回目・2回目・3回目・追加) 8. 麻しん風しん混合(MR) (第1期・第2期) 9. 水痘 (1回目・2回目) 10. ジフテリア・破傷風(二種混合) 11. 日本脳炎 (1回目・2回目・追加・第2期) 12. ヒトパピローマウイルス (1回目・2回目・3回目)				滞在期間
					令和〇 年 〇 月 〇 日 ~ 令和〇 年 〇 月 〇 日



【注意事項】・接種時に小郡市に住民票が無い場合は使用できません。
・接種開始時期又は接種間隔が満たない場合は任意接種となります。
(健康被害救済の対象外になり、費用についても全額自己負担となります)

記入しないでください

< 市記入欄 >

課長	課長補	係長	係	確認欄	住所	年齢	医師	受付印