

滑川市長 宛

滑川市予防接種実施依頼書交付申請書

申請者 住所
氏名
被接種者との続柄 ()
電話 ()

次の理由により、富山県外において予防接種を希望しますので、滑川市予防接種実施依頼書の交付を申請します。

※予防接種を受ける前に申請してください。

ふりがな 被接種者氏名		生年月日	年 月 日生
住 所	滑川市		
連絡先（電話番号）		保護者氏名	
予防接種の種類 ※希望する予防接種に○をつけてください。	定期の予防接種 ・BCG ・五種混合 第1期（初回1回目・2回目・3回目・追加） ・三種混合 第1期（初回1回目・2回目・3回目・追加） ・二種混合 第2期 ・不活化ポリオ（初回1回目・2回目・3回目・追加） ・麻しん風しん混合 第1期・第2期 ・麻しん 第1期・第2期 ・風しん 第1期・第2期 ・日本脳炎 第1期（初回1回目・2回目・追加）・第2期 ・Hib（ヒブ）感染症（初回1回目・2回目・3回目・追加） ・小児の肺炎球菌感染症（初回1回目・2回目・3回目・追加） ・ヒトパピローマウイルス感染症（1回目・2回目・3回目） ・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（1回目・2回目・3回目） ・RSウイルス		
滞 在 場 所 連 絡 先 （ 電 話 番 号 ）	（住所） 〒 （電話） — —	様方	
滞 在 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日		
申 請 理 由 ※該当番号に○をつけてください。	(1) 里帰り出産等の理由により、県外に長期間居住するため (2) 長期の入院、施設への入所等の理由により、県外に事実上居住するため (3) その他 ()		
希望する市町村 接種医療機関名 （個別接種の場合）	都・道・府・県 _____ 市・町・村 _____ 医療機関名 _____ 医療機関住所 _____ 医療機関電話番号 _____		
添 付 書 類	・申請者の本人確認書類（運転免許証・マイナンバーカード等）の写し ・母子健康手帳の写し（予防接種記録のページ）		