

滑川市長 あて

滑川市予防接種実施依頼申請書

申請者 住所  
氏名  
被接種者との続柄 ( )  
電話 ( )

次の理由により、滑川市外において予防接種を希望しますので、予防接種実施依頼を申請します。なお、費用助成については滑川市と接種医療機関の契約した額(滑川市予防接種委託料単価額)を上限とし、上限を超えた場合は実費となることを了承いたします。

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 ※希望する予防接種を○で囲んでください。	定期の予防接種	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ B C G</li> <li>・ 五種混合 第1期 (初回1回目・2回目・3回目・追加)</li> <li>・ 三種混合 第1期 (初回1回目・2回目・3回目・追加)</li> <li>・ 二種混合 第2期</li> <li>・ 不活化ポリオ (初回1回目・2回目・3回目・追加)</li> <li>・ 麻しん風しん混合 第1期・第2期</li> <li>・ 麻しん 第1期・第2期</li> <li>・ 風しん 第1期・第2期</li> <li>・ 日本脳炎 第1期 (初回1回目・2回目・追加) ・第2期</li> <li>・ Hib (ヒブ) 感染症 (初回1回目・2回目・3回目・追加)</li> <li>・ 小児の肺炎球菌感染症 (初回1回目・2回目・3回目・追加)</li> <li>・ ヒトパピローマウイルス感染症 (1回目・2回目・3回目)</li> <li>・ 水痘 (1回目・2回目)</li> <li>・ B型肝炎 (1回目・2回目・3回目)</li> <li>・ ロタウイルス (1回目・2回目・3回目)</li> <li>・ R S ウイルス</li> </ul>
滞 在 場 所 連 絡 先 ( 電 話 番 号 )	(住所) 〒  (電話)	様方
滞 在 期 間	令和 年 月 日～ 令和 年 月 日	
希望する市町村 接種医療機関名 (個別接種の場合) [希望する理由]	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 _____ [ _____ ]	

※接種の2週間前までに申請してください。