

小郡市予防接種実施依頼申出書

小郡市長 殿

申請者 住所

氏名 (接種者との続柄 :)

電話番号

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			
	ふりがな		男	生年	年 月 日
	氏名		女	月日	(才 ヶ月)
保護者名					
接種時の滞在先住所(連絡先)	〒				連絡先(電話番号)
					世帯主(様方)
接種依頼理由	<input 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	電話番号			
	所在地	県	市		
	接種医師名				
希望する予防接種 ※○を付けてください	1. ヒブ (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加) 2. 小児用肺炎球菌 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加) 3. B型肝炎 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) 4. BCG 5. 四種混合 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加) 6. ポリオ (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加) 7. 麻しん風しん混合(MR) (第1期 ・ 第2期) 8. 水痘 (1回目 ・ 2回目) 9. 三種混合2期(二種混合) 10. 日本脳炎 (1回目 ・ 2回目 ・ 追加 ・ 第2期) 11. 子宮頸がん (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目)				滞在期間
					年 月 日 (年 月 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)

< 市記入欄 >

上記のとおり申出がありましたので、別紙予防接種依頼書を発行してよろしいか伺います。

受付印

課長	係長	係

確認欄	
住所	
年齢	
医師	