

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 0942-72-〇〇〇〇

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	生年月日	平成 29 年 4 月 1 日	
	氏 名	小郡 太郎	女		(才 1 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	
					世帯主(△△ 様方)	
接種依頼理由	☒ 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 ☐ 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 ☐ 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 ※○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	
					平成 29 年 5 月 1 日 () 平成 29 年 5 月 31 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

受付印

確認欄	
住所	
年齢	
医師	