

予防接種実施依頼書交付申請書

鷹栖町長 様

住 所 鷹栖町 _____

申請者 氏 名 _____

連絡先電話番号 _____ - _____ - _____

(日中連絡のとれる電話番号でお願いします)

下記の理由により、他の市区町村において予防接種を希望しますので、以下の注意事項を確認した上で、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

※注意事項

- 1.接種開始時期や接種間隔が満たない場合は、定期予防接種となりません。
- 2.依頼先医療機関で接種費用を全額自己負担していただいた後、鷹栖町へ接種費用助成申請を行ってください。ただし鷹栖町が委託する予防接種委託料が上限となります。

被 接 種 者	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 鷹栖町		
	氏 名		保護者 氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	生年月日	年 月 日	電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
依頼する 予防接種 の種類	<input type="checkbox"/> ヒブ(1,2,3,追加) <input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌(1,2,3,4追加) <input type="checkbox"/> B型肝炎(1,2,3) <input type="checkbox"/> 四種混合(1,2,3,追加) <input type="checkbox"/> 二種混合2期 <input type="checkbox"/> 日本脳炎(1,2,追加,2期) <input type="checkbox"/> 麻しん風しん(1期,2期) <input type="checkbox"/> 水痘(1,2) <input type="checkbox"/> HPV(1,2,3) <input type="checkbox"/> ポリオ <input type="checkbox"/> ロタウイルス(1,2,3) <input type="checkbox"/> その他定期予防接種 ()			
滞在先	〒 _____ 様方 (TEL _____)			
滞在期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
希望する 医療機関名	都・道・府・県 _____ 市・町・村 _____ 医療機関名 (_____) 電話 (_____) 最初の受診予定日 (R . .)			
申請理由	<input type="checkbox"/> 里帰りのため (産後などの里帰りを含む) <input type="checkbox"/> 入院もしくは施設入所のため <input type="checkbox"/> その他 (_____)			

以下町記載 ※滞在先医療機関への確認事項欄

- | | | | |
|----------|---------|----------|-----------------------|
| ①依頼先 | 1、市区町村 | 2、医療機関 | 3、その他 (_____) |
| ②依頼書送付先 | 1、市区町村 | 2、医療機関 | 3、滞在先 4、その他 (_____) |
| ③使用する予診票 | 1、当町 | 2、依頼先 | |
| ④予診票提出方法 | 1、保護者提出 | 2、医療機関送付 | 3、市区町村送付 |