定期予防接種依頼書交付申請書

年　　　月　　　日

玉野市長 　様

申請者

住 　所

氏 　名

被接種者との続柄(本人・父母・後見人・　　　　　　 )

電話番号　　　　　　－　　　　　　　－

玉野市の委託医療機関以外の医療機関で定期予防接種を受けたいので、玉野市定期予防接種費用助成事業実施要綱第４ 条の規定に基づき、下記のとおり定期予防接種の実施にかかる依頼書の交付を申請します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被接種者 | 住所(住民登録地) |  |
| フ リ ガ ナ |  |
| 氏 　　　名 |  |
| 生 年 月 日 | 年　　　　 月　　　　 日 |
| 居所等(滞在先、  入院・入所先など) | 〒 　　－  方書等(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ) |
| 依頼理由 | | □里帰り　　　　　　□疾病等　　　　□主治医の指示  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 接種希望医療機関 | | 名称：  住所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号： |
| 予防接種の種類  (希望する予防接種の種類、期又は回数に○印をしてください。  また、表示がない予防接種については、その他欄に記入してください。) | | ●四(三)種混合：Ⅰ期１・２・３ 回目、Ⅰ期追加  ●二種混合：Ⅱ期　　　　　　　●ポリオ：Ⅰ期１・２・３ 回目、Ⅰ期追加  ●B 型肝炎：Ⅰ期１・２・３ 回目  ●日本脳炎：Ⅰ期１・２ 回目、Ⅰ期追加、Ⅱ期  ●小児用肺炎球菌：Ⅰ期１・２・３ 回目、Ⅰ期追加  ●ヒブ(インフルエンザ菌b 型)：Ⅰ期１・２・３ 回目、Ⅰ期追加  ●BCG　　　●子宮頸がん(サーバリックス・ガーダシル)：１・２・３ 回目  ●水痘：１・２ 回目　　　　　　　●MR(麻しん・風しん)：Ⅰ期、Ⅱ期  ●ロタ（ロタリックス）：１・２回目  ●ロタ（ロタテック）：１・２・３回目  ●高齢者インフルエンザ　　　　 ●高齢者肺炎球菌  ●その他の定期予防接種(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ) |