様式第１号（第３条関係）

予防接種実施依頼書交付申請書

　年　　　月　　　日

大野市長　様

＜申請者＞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　被接種者との続柄　　　　　　連絡先

下記のとおり、福井県外で予防接種を受けたいので、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

また、この申請内容を審査するために、市が被接種者の住民登録情報を確認することに同意します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （フリガナ）被接種者氏名  | （　　　　　　　　　　　　　　　　） | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 性　別 |  |
| 住　　　所 | □申請者と同じ | 〒　　　－　大野市（℡　 　 　　　　　　） |
| 滞在先住所 | 〒　　　－（　　　　様方）（℡　 　　　　　　　　） |
| 申 請 理 由 | １．里帰り出産２．県外の医療機関に入院３．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 接種医療機関 | 医療機関名：所在地：〒　　　－（℡　　 　　　　　　　） |
| 予防接種の種類※滞在期間内に接種する可能性のあるもの全てに○をつけてください。 | ロタウイルス感染症　　　　１回目　　２回目　　３回目Ｂ型肝炎　　　　　　　　　１回目　　２回目　　３回目ヒブ　　　　　　　　　　　初回（　１回目　・　２回目　・　３回目　）　追加小児用肺炎球菌 　　　　初回（　１回目　・　２回目　・　３回目　）　追加四種混合 　　　　　 　　　初回（　１回目　・　２回目　・　３回目　）　追加二種混合　　　　　　ＢＣＧ麻しん・風しん混合（MR）　１期　　　２期水痘　　　　　　　　　　　１回目　　２回目日本脳炎　　　　　　　　　１期初回（　１回目　・　２回目　）　１期追加　　２期子宮頸がん（ヒトパピローマウイルス感染症）　　１回目　　２回目　　３回目 |
| 依頼書送付先 | １．大野市住所２．県外の滞在先住所 |