

記入例

※予防接種予定日の1～2週間前に申請してください。

第1号様式(第4条関係)

茅ヶ崎市予防接種実施依頼書 交付申請書

次のとおり委託外医療機関で予防接種を受けたいので、依頼書等の発行を申請します。

被接種者 (接種を受ける人)	氏名	茅ヶ崎 太郎 [フリガナ: チガサキ タロウ]		
	生年月日	●● 年 ●● 月 ●● 日		
	住所	郵便番号 [●●●● - ●●●●] 茅ヶ崎市 ●●●● ●●●● 1-	原則、住民票がある茅ヶ崎市の郵便番号・住所・電話番号(または携帯電話)をご記入ください。	
保護者氏名	茅ヶ崎 花子	<input checked="" type="radio"/> 父母	・ その他	
申込者氏名 ※保護者以外が申込の場合に記入	茅ヶ崎 次郎	保護者が申込む場合は空欄となります。		
申請の理由	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 里帰り <input type="checkbox"/> 2. 長期療養 <input type="checkbox"/> 3. その他	左記についての具体的理由をご記入ください。 子が生後3か月まで母の実家に里帰り予定のため。		
予防接種の種類	ヒブ	<input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目 ・ 3回目 ・ 追加	風しん	契約外医療機関で予防接種を受ける理由について、○をつけた上で、具体的理由をご記入ください。
	小児肺炎球菌	<input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目 ・ 3回目 ・ 追加	水痘	
	四種混合	<input checked="" type="checkbox"/> 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加	日本脳炎	
	不活化ポリオ	1回目 ・ 2回目	2期1回	
	BCG	1回	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目	
	麻しん・風しん混合	1期 ・ 2期	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目	
	麻しん	1期 ・ 2期		
接種予定日	●● 年 ●● 月 ●● 日 ・ 未定			
接種予定医療機関等	名称	□□□医院		
	住所	郵便番号 [□□□ - □□□□] △△県○○町 4-5-6	茅ヶ崎市に滞在のまま、契約外医療機関で接種を受ける場合は、チェックをお願いします。	
	電話番号	○○○○-○○-○○○○		
滞在先	<input type="checkbox"/> 「被接種者の住所」に同じ			
	住所	郵便番号 [▼▼▼ - ▼▼▼▼] ▲▲県■町 7-8-9		
	氏名	湘南 三郎 [フリガナ: ショウナン サブロウ]		
	電話番号	▲▲▲▲-▲▲-▲▲▲▲		
依頼書送付先	1. 現住所 2. 滞在先住所 3. 滞在先行政機関 部署名: 所在地: 4. 接種医療機関 医療機関名: 同上 所在地: 5. その他 住所: 宛名:			
備考	償還払い書類送付先: 1. 現住所 (滞在先住所) (収受印)			
処理欄	受付	担当課記入欄ですので、未記入をお願いします。		
	受付番号			