

# 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6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 ●●● ●●● 1-2-3	電話番号 原則、住民票がある茅ヶ崎市の郵便番号・住所・電話番号(または携帯番号)をご記入ください。	
保護者氏名	茅ヶ崎 花子		保護者が申込む場合は空欄となります。 (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		接種者との関係 ( 祖父 )	
申請の理由	① 里帰り ② 長期療養 ③ その他	左記についての具体的理由をご記入ください。 <b>子が生後3か月まで母の実家に里帰り予定のため。</b>		
予防接種の種類	ヒブ	①回目 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	①回目 ②回目・3回目・追加	水痘	
	四種混合	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		契約外医療機関で接種を希望される予防接種に○をつけてください。複数種類の接種をご希望の場合も1枚の申込書にご記入いただいで結構です。
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		
	電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇		
滞在先	<input type="checkbox"/> 「被接種者の住所」に同じ			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。
	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 サプロウ]		
	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: 所在地: 5. その他 住所: 宛名:			市役所で記入しますので、未記入をお願いします。
備考	償還払い書類送付先: 1. 現住所 2. 滞在先住所 3. その他 ( ) (收受印)			
処理欄	受付	市役所記入欄ですので、未記入をお願いします。		
	受付番号	受付方法	来庁・郵送・電話	