

西川町長 様

申請者

住 所 西川町大字

氏 名 印

(被接種者との関係)

予防接種実施依頼書交付申請書

県外で予防接種を受けたいので、西川町県外予防接種接種費用助成事業要綱第6条の規定により、予防接種実施依頼書の交付について、下記のとおり申請します。

記

被 接 種 者 (予防接種を受ける者)	フリガナ 氏 名			
	生年月日	平成・令和	年 月 日	性別 男・女
滞 在 先 住 所	〒			
		電話		
実 施 医 療 機 関	機 関 名			
	所 在 地	〒		
		電話		
申 請 理 由 (該当する番号に○)	(1) 出産等の理由で、接種対象の子供を連れて、県外の他市区町村に長期にわたり里帰りするため (2) 離婚調停中などの理由で、県外の他市区町村に、事実上居住しているため (3) 県外の施設に入所しているため (4) その他 ()			
県外接種を予定している予防接種の種類 (該当する予防接種・回数に○)	(1) BCG			
	(2) 四種混合	1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)、追加		
	(3) 二種混合	2 期		
	(4) 麻しん風しん混合	1 期、2 期		
	(5) 水痘	1 回目・2 回目		
	(6) 日本脳炎	1 期初回 (1 回目・2 回目)、追加、2 期		
	(7) ヒブ	初回 (1 回目・2 回目・3 回目)、追加		
	(8) 小児用肺炎球菌	初回 (1 回目・2 回目・3 回目)、追加		
	(9) B型肝炎	1 回目・2 回目・3 回目		
	(10) ロタウイルス	1 価 (1 回目・2 回目)、5 価 (1 回目・2 回目・3 回目)		
	(11) 子宮頸がん(HPV)	1 回目・2 回目・3 回目		
	(12) 高齢者インフルエンザ	・ 高齢者肺炎球菌		