

様式第1号（第4条関係）

県外予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

甲賀市長 あて

接種される方が、18歳未満のお子さん
の場合は、保護者様等の氏名でご
記入ください。18歳以上の場合は、
接種されるご本人か後見人様の氏名
をお願いします。

申請者 住所

氏名

(被接種者との続柄)

電話

下記のとおり、本市が実施する定期予防接種を滋賀県外で受けたいので、甲賀市
県外予防接種費用助成金交付要綱第4条の規定により県外予防接種実施依頼書の交
付を申請します。

記

予防接種を受けよ うとする者の氏 名・住所・生年月日	氏 名 : 住 所 : 甲賀市 生年月日 : 年 月 日生	
実施医療機関名 及び所在地	※機関名の住所と電話番号を記載してください	
滞 在 先 住 所	※里帰り先や入所先のご住所を記載してください	
本市で予防接種が 受けられない理由	<input type="checkbox"/> 里帰り出産のため <input type="checkbox"/> かかりつけのため <input type="checkbox"/> 長期滞在のため <input type="checkbox"/> その他 ()	
依頼書の送付先	本市の住所 ・ 滞在先の住所 (様方)	
予 防 接 種 の 種 類	<input type="checkbox"/> ロタウイルス	<input type="checkbox"/> Hib 感染症
	<input type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌感染症	<input type="checkbox"/> B 型肝炎
	<input type="checkbox"/> BCG (結核)	<input type="checkbox"/> 四種混合 (ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ)
	<input type="checkbox"/> 二種混合 (ジフテリア・破傷風)	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん
	<input type="checkbox"/> 水痘	<input type="checkbox"/> 日本脳炎
	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防	<input type="checkbox"/> 季節性インフルエンザ
	<input type="checkbox"/> 高齢者の肺炎球菌感染症	<input type="checkbox"/> その他

※必ずチェックをしてください