様式第１号（第４条関係）

記載例

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

　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所

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でお願いします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 | | □里帰り出産のため　　　　□かかりつけのため  □長期滞在のため  □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 | □ロタウイルス | | □Hib感染症 |
| □小児の肺炎球菌感染症 | | □B型肝炎 |
| □BCG（結核） | | □四種混合（ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ） |
| □二種混合（ジフテリア・破傷風） | | □麻しん風しん |
| □水痘 | | □日本脳炎 |
| □子宮頸がん予防 | | □季節性インフルエンザ |
| □高齢者の肺炎球菌感染症 | | □その他 |

※必ずチェックをしてください