

様式第1号(第5条関係)

定期予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

南丹市長 様

申請者 住所

氏名

電話番号

(被接種者との関係)

予防接種法による定期予防接種を委託外医療機関で受けたいので、南丹市定期予防接種費用の償還払いに関する要綱第5条第1項の規定により、下記のとおり定期予防接種実施依頼書の交付を申請します。

なお、この申請に当たり、次に掲げる事項に同意します。

- (1) 申請内容について確認するため、市が保有する個人情報の調査又は確認を行うこと及び依頼先の医療機関等へ照会を行うこと。
- (2) 接種地の市区町村長又は依頼先の医療機関等に対し、接種に関して必要な個人情報を市から提供すること。

記

被接種者名	住所	□上記申請者の住所と同じ
	フリガナ 氏名	
	生年月日	年 月 日生
保護者氏名		
希望するワクチン種類 (○を付けてください) ※麻しん風しんについては Ⅰ期又はⅡ期を記載	ロタウイルス	(Ⅰ回目・Ⅱ回目・Ⅲ回目)
	B型肝炎	(Ⅰ回目・Ⅱ回目・Ⅲ回目)
	ヒブ	初回(Ⅰ回目・Ⅱ回目・Ⅲ回目)・追加
	小児肺炎球菌	初回(Ⅰ回目・Ⅱ回目・Ⅲ回目)・追加
	四種混合	Ⅰ期初回(Ⅰ回目・Ⅱ回目・Ⅲ回目)・Ⅰ期追加
	五種混合	Ⅰ期初回(Ⅰ回目・Ⅱ回目・Ⅲ回目)・Ⅰ期追加
	BCG	
	水痘	(Ⅰ回目・Ⅱ回目)
	麻しん風しん混合(MR)又は麻しん・風しん	(第 期)
	日本脳炎	Ⅰ期初回(Ⅰ回目・Ⅱ回目)・Ⅰ期追加・Ⅱ期
子宮頸がん	(Ⅰ回目・Ⅱ回目・Ⅲ回目)	
申請理由	☐ 里帰りや進学等により府外に長期滞在するため。 ☐ 疾病等により府外で長期入院または入所しているため。 ☐ その他()	
	☐ 滞在先の市区町村長 ☐ 医療機関等 (医療機関等の名称 所在地 〒)	
滞在予定期間	年 月 日から 年 月 日	
滞在先住所等	〒 住所 電話番号	

