

予防接種実施依頼書交付申請書



令和3年4月 1日

鹿児島市長 殿

申請者 (保護者)

住 所 〒890-8543

鹿児島市鴨池二丁目 25-1-11

(フリガナ) ホケンジョ タロウ

氏 名 保健所 太郎

接種対象者との続柄【 父 】

電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

鹿児島市予防接種費用助成金交付要綱第5条1項の規定により、次のとおり申請します。

1	接種 対象者	住 所	鹿児島市鴨池二丁目25-1-11		
		(フリガナ)	(フリガナ) ホケンジョ ハナコ		
		氏 名	保健所 花子		
		生年月日	令和 2年 8月 1日		
2	申請理由	<input type="checkbox"/> 里帰り <input type="checkbox"/> その他 ()			
3	希望する予防接種 (6月以内に接種を希望する 予防接種及び回数に〇 をつけてください)	定 期	B型肝炎	1回目	2回目・3回目
			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
			ヒブ	1回目	2回目 3回目・追加
			小児用肺炎球菌	1回目	2回目 3回目・追加
			4種混合	1回目	2回目 3回目 追加
			BCG		
			麻しん風しん	第1期・第2期・麻しん風しん単独	
			水痘	1回目・2回目	
			日本脳炎	1回目・2回目・追加・2期	
任 意	おたふくかぜ	第1期・第2期			
	麻しん風しん				
その他 ()					
4	最初の接種予定日	年 月 日			
5	滞在先	住 所 〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇-〇 世帯主名 〇〇 〇〇			
6	接種医療機関名又は集団接種 会場の名称及び住所	名称	〇〇〇〇医院 又は 〇〇保健センター 等		
		住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇-〇		
7	依頼書宛名	市町村長 ・ 医療機関の長			

複数回の接種を予定している場合は
回数に〇をつける。

予約等がまだの場合は、「未定」
と記入。
※依頼書の有効期限は6か月間

滞在先の保健所または市町村役場に確認する。