

定期予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

横 手 市 長 様

申請者(保護者)

住 所 横手市

氏 名

秋田県外で予防接種を受けるため、依頼書の交付について申請します。

対象者	フリガナ		生年月日	
	氏名			
	現住所			
滞在先住所	〒 (電話番号)			
予防接種の種類 ※○をつけてください	ロタウイルス 1回目	Hib感染症 追加	水痘 2回目	
	ロタウイルス 2回目	四種混合 1期初回(1回目)	日本脳炎 1期初回(1回目)	
	ロタウイルス 3回目	四種混合 1期初回(2回目)	日本脳炎 1期初回(2回目)	
	B型肝炎 1回目	四種混合 1期初回(3回目)	日本脳炎 1期追加	
	B型肝炎 2回目	四種混合 1期追加	日本脳炎 2期	
	B型肝炎 3回目	五種混合 1期初回(1回目)	二種混合	
	小児用肺炎球菌 1回目	五種混合 1期初回(2回目)	ヒトパピローマウイルス 1回目	
	小児用肺炎球菌 2回目	五種混合 1期初回(3回目)	ヒトパピローマウイルス 2回目	
	小児用肺炎球菌 3回目	五種混合 1期初回追加	ヒトパピローマウイルス 3回目	
	小児用肺炎球菌 追加	BCG	不活化ポリオ 初回(1回目)	
	Hib感染症 1回目	麻しん風しん混合(MR) 1期	不活化ポリオ 初回(2回目)	
	Hib感染症 2回目	麻しん風しん混合(MR) 2期	不活化ポリオ 初回(3回目)	
	Hib感染症 3回目	水痘 1回目	不活化ポリオ 追加	
	申請理由	1. 母親の出産等で、県外の他市区町村に長期にわたり里帰りするため。 2. 県外の病院へ入院しているため。 3. その他()		
依頼書宛先	1. 滞在先市区町村長あて ※滞在先の市区町村が、接種依頼を受けることが可能かどうか確認してください。 2. 医療機関あて (医療機関名) (住 所 〒)			
依頼書送付先	1. 横手市住所 2. 滞在地住所 3. 滞在先自治体 ※滞在先自治体へ横手市から直接送付してよいか確認してください。 (担当部署名) (住 所 〒)			