

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(保護者または本人)

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 (住民票上住所)	横手市			
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	四種混合 1期初回(2回目)	日本脳炎 2期		
	ロタウイルス 2回目	四種混合 1期初回(3回目)	二種混合		
	ロタウイルス 3回目	四種混合 1期追加	ヒトパピローマウイルス 1回目		
	B型肝炎 1回目	五種混合 1期初回(1回目)	ヒトパピローマウイルス 2回目		
	B型肝炎 2回目	五種混合 1期初回(2回目)	ヒトパピローマウイルス 3回目		
	B型肝炎 3回目	五種混合 1期初回(3回目)	不活化ポリオ 初回(1回目)		
	小児用肺炎球菌 1回目	五種混合 1期初回追加	不活化ポリオ 初回(2回目)		
	小児用肺炎球菌 2回目	BCG	不活化ポリオ 初回(3回目)		
	小児用肺炎球菌 3回目	麻しん風しん混合(MR) 1期	不活化ポリオ 追加		
	小児用肺炎球菌 追加	麻しん風しん混合(MR) 2期	高齢者肺炎球菌		
	Hib感染症 1回目	水痘 1回目	带状疱疹(生ワクチン)		
	Hib感染症 2回目	水痘 2回目	带状疱疹(組換え1回目)		
	Hib感染症 3回目	日本脳炎 1期初回(1回目)	带状疱疹(組換え2回目)		
	Hib感染症 追加	日本脳炎 1期初回(2回目)	高齢者インフルエンザ		
	四種混合 1期初回(1回目)	日本脳炎 1期追加	新型コロナウイルス感染症		
	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 〒)				