

予 防 接 種 依 頼 書 申 請 書

年 月 日

大津市長 様

大津市で実施の予防接種が下記の事情で受けられませんので、他市町村への依頼書の交付を申請いたします。

申請者 住所
氏名
(接種を受けようとする者との続柄)
電話

接種を受けようとする者の住所・氏名・生年月日	住 所 : 大津市 氏 名 : 生年月日 : 年 月 日生
予防接種の種類	<input type="checkbox"/> ヒブ 1回目・2回目・3回目・追加接種 <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 1回目・2回目・3回目・追加接種 <input type="checkbox"/> B型肝炎 1回目・2回目・3回目 <input type="checkbox"/> ロタ (ロタリックス・ロタテック) 1回目 2回目 3回目 <input type="checkbox"/> 五種混合 1期1回目・2回目・3回目・追加接種 <input type="checkbox"/> ポリオ <input type="checkbox"/> 三種混合 <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合 1期・2期 <input type="checkbox"/> 水痘 1回目・2回目 <input type="checkbox"/> 日本脳炎 1期1回目・2回目・追加接種・2期 <input type="checkbox"/> 二種混合 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防 1回目・2回目・3回目 <input type="checkbox"/> RSウイルス (妊娠28週0日～36週6日までの方※) ※出産予定日が分かる書類を併せてご提出ください。
予防接種を受ける市町村と医療機関名	市町村名 医療機関名
依頼先	<input type="checkbox"/> 市区町村長 <input type="checkbox"/> 医療機関の長
接種予定日	令和 年 月 日
現在滞在している場所 住所 電話	〒 — 住所 電話
依頼書の送付先	大津市の住所 ・ 滞在先の住所 (様方)
本市で予防接種が受けられない理由	<input type="checkbox"/> 出産等のため母子が県外に長期にわたり滞在している場合 <input type="checkbox"/> 両親が離婚調停中等の理由で県外に事実上居住している場合 <input type="checkbox"/> 県外の施設 (児童養護施設、医療施設等) に入所している場合 <input type="checkbox"/> 県外の医療機関がかかりつけである場合 <input type="checkbox"/> その他やむを得ない特別の理由 () ※理由によっては費用助成が認められない場合がございます。