

年 月 日

薩摩川内市長 様

申請者住所 薩摩川内市

氏名
対象者との続柄（ ）
連絡先 （ ）

予防接種実施依頼書交付申請書

薩摩川内市が実施する予防接種を他市町村で受けることを希望しますので、薩摩川内市定期予防接種費補助金交付要綱第 6 条の規定により、予防接種実施依頼書の交付を次のとおり申請します。

対象者 (被接種者)	住 所 薩摩川内市 氏 名 (男・女) 生年月日 年 月 日
滞在先	〒 ー 住 所 世帯主名 電話番号
滞在予定期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで
依頼理由	☐ 里帰り出産 ☐ その他（ ）
希望する 予防接種	ロタウイルス ☐ 1 回目 ☐ 2 回目 ☐ 3 回目 B 型肝炎 ☐ 1 回目 ☐ 2 回目 ☐ 3 回目 ヒブ ☐ 1 回目 ☐ 2 回目 ☐ 3 回目 ☐ 4 回目 小児肺炎球菌 ☐ 1 回目 ☐ 2 回目 ☐ 3 回目 ☐ 4 回目 5 種混合 ☐ 1 回目 ☐ 2 回目 ☐ 3 回目 ☐ 4 回目 B C G ☐ 1 回目 MR ☐ 1 回目 ☐ 2 回目 水痘 ☐ 1 回目 ☐ 2 回目 日本脳炎 ☐ 1 回目 ☐ 2 回目 ☐ 1 期追加 ☐ 2 期 D T ☐ 2 期分 H P V ☐ 1 回目 ☐ 2 回目 ☐ 3 回目 R S ウイルス ☐ 1 回目 その他（ ）
接種予定 医療機関	所在地 名称

依頼先 ☐ 滞在先の市区町村長 ☐ 接種を受ける医療機関の長