

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 平成・令和 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 | <input type="checkbox"/> 里帰り出産 <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| 希望する 予防接種 | ロタウイルス <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 B型肝炎 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 ヒブ <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 4回目 小児肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 4回目 四種混合 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 4回目 BCG <input type="checkbox"/> 1回目 MR <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 水痘 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 日本脳炎 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 1期追加 <input type="checkbox"/> 2期 DT <input type="checkbox"/> 2期分 HPV <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3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