

記入例

様式第1号（第4条関係）

予防接種実施依頼書交付申請書

令和〇〇年 〇〇月 〇〇日

(宛先) 松山市長

申請者 住所 松山市萱町6丁目30番地5

氏名 保健 花子

予防接種実施後、助成金の振込先は
申請者名義の口座となります。

(被接種者との続柄) 母

電話番号 089 (911) 1858

(日中連絡可能な番号)

下記のとおり予防接種を受けたいので、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

被 接 種 者	住所 〒(791-0813) 松山市 萱町6丁目30番地5	
	フリガナ 氏名 ホケン タロウ 保健 太郎	性別 男・女
	生年月日 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日 (満 〇歳 〇か月)	
	滞在先住所 〒(〇〇〇-〇〇〇〇) 〇〇県▲▲市〇〇町〇丁目〇-〇 〇〇様方	
予 防 接 種 の 種 類	子ども <input type="checkbox"/> ロタウイルス感染症：1回目、2回目、3回目 <input type="checkbox"/> Hib感染症：初回（1回目、2回目、3回目）、追加 <input checked="" type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌感染症：初回（1回目、2回目、3回目）、追加 <input checked="" type="checkbox"/> B型肝炎：1回目、2回目、3回目 <input checked="" type="checkbox"/> 五種混合：1期初回（1回目、2回目、3回目）、1期追加 <input type="checkbox"/> 四種混合：1期初回（1回目、2回目、3回目）、1期追加 <input type="checkbox"/> 不活化ポリオ：1期初回（1回目、2回目、3回目）、1期追加 <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 麻しん風しん：1期、2期 <input type="checkbox"/> 水痘：1回目、2回目 <input type="checkbox"/> 日本脳炎：1期初回（1回目、2回目）、1期追加、2期 <input type="checkbox"/> 二種混合2期 <input type="checkbox"/> ヒトパピローマウイルス感染症：1回目、2回目、3回目	※受けたい予防接種の 種類にチェックを入れて 回数を囲んでください。
	高齢者 <input type="checkbox"/> 高齢者の肺炎球菌感染症 <input type="checkbox"/> 高齢者のインフルエンザ	
理 由	<input checked="" type="checkbox"/> 里帰り（里帰り出産）のため <input type="checkbox"/> 入院（入所）中のため <input type="checkbox"/> その他（ ）	宛 名 (依頼書提出先) <input type="checkbox"/> 市区町村（▲▲市・区・町・村） <input checked="" type="checkbox"/> 医療機関
	予防接種を受ける医療機関名 ◆◆◆病院	電話番号 0000(00)0000
依頼書送付先 <input checked="" type="checkbox"/> 滞在先住所 <input type="checkbox"/> 自宅（松山市の住所） (送付先の宛名が異なる場合は、様方名をお書きください。 〇〇様方)		