

記入例

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 保険花子

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。
なお、依頼書に記載の有効期限にかかわらず、定期予防接種の期間内に接種が必要であることを理解しています。

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 保険 太郎	性別 <input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女
種	生年月日 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日 (満 <input type="radio"/> 歳 <input type="radio"/> 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 <u>〇〇</u> 様方	
予防接種の種類	<input checked="" type="checkbox"/> ロタウイルス感染症：1価 (<input checked="" type="checkbox"/> 1回目, 2回目), 5価 (1回目, 2回目, 3回目) <input checked="" type="checkbox"/> Hib感染症：初回 (<input checked="" type="checkbox"/> 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 (<input checked="" type="checkbox"/> 1回目, 2回目, 3回目), 追加 <input checked="" type="checkbox"/> B型肝炎： <input checked="" type="checkbox"/> 1回目, 2回目, 3回目 <input 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"/> 三種混合：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 <input type="checkbox"/> RSウイルス感染症	
	<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 <input type="checkbox"/> 高齢者の新型コロナウイルス感染症 <input type="checkbox"/> 高齢者の帯状疱疹：生ワクチン, 組換えワクチン (1回目, 2回目)	
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 checked="" type="checkbox"/> 市区町村 (▲▲ <input checked="" type="radio"/> 市 ・ 区 ・ 町 ・ 村) <input type="checkbox"/> 医療機関
	滞在先市区町村の 予防接種担当に必ず 確認してください。	
予防接種を受ける医療機関名 ●●病院		電話番号 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇
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。 <u>〇〇</u> 様方)		