年　　月　　日

大網白里市長　様

申請者
住　　所
氏　　名
注　本人が氏名を自署することにより
押印を省略することができます。
（接種対象者との続柄　　）
電話番号

大網白里市定期予防接種実施依頼書交付申請書

大網白里市定期予防接種費用の償還払いに関する要綱第４条第１項の規定により、大網白里市定期予防接種実施依頼書の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

<table>
<tr><td rowspan="3">接種対象者</td><td>住所</td><td colspan="4">大網白里市</td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td>生年月日</td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td colspan="2"></td><td>性別</td><td>男 ・ 女</td></tr>
<tr><td>滞在先</td><td colspan="5">〒　－
（　　様方　※申請者の苗字と表札が異なる場合はご記入ください。）</td></tr>
<tr><td>滞在予定期間</td><td colspan="5">令和　年　月　日　～　令和　年　月　日頃まで</td></tr>
<tr><td rowspan="16">予防接種の種　類
※○を付けてください。</td><td></td><td>B型肝炎 1回目</td><td></td><td>ロタ〔ロタテック 1回目〕</td><td></td><td>MR1期</td></tr>
<tr><td></td><td>B型肝炎 2回目</td><td></td><td>ロタ〔ロタテック 2回目〕</td><td></td><td>MR2期</td></tr>
<tr><td></td><td>B型肝炎 3回目</td><td></td><td>ロタ〔ロタリックス 1回目〕</td><td></td><td>HPV 1回目</td></tr>
<tr><td></td><td>小児用肺炎球菌 1回目</td><td></td><td>ロタ〔ロタリックス 2回目〕</td><td></td><td>HPV 2回目</td></tr>
<tr><td></td><td>小児用肺炎球菌 2回目</td><td></td><td>ロタ〔ロタリックス 3回目〕</td><td></td><td>HPV 3回目</td></tr>
<tr><td></td><td>小児用肺炎球菌 3回目</td><td></td><td>BCG</td><td></td><td>RS ウイルス</td></tr>
<tr><td></td><td>小児用肺炎球菌 追加</td><td></td><td>水痘 1回目</td><td></td><td>高齢者 インフルエンザ〔標準量〕</td></tr>
<tr><td></td><td>5種混合 1回目</td><td></td><td>水痘 2回目</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td>5種混合 2回目</td><td></td><td>日本脳炎1期初回 1回目</td><td></td><td>高齢者 新型コロナ</td></tr>
<tr><td></td><td>5種混合 3回目</td><td></td><td>日本脳炎1期初回 2回目</td><td></td><td>高齢者 肺炎球菌</td></tr>
<tr><td></td><td>5種混合 追加</td><td></td><td>日本脳炎 1期追加</td><td></td><td>高齢者 帯状疱疹〔生〕</td></tr>
<tr><td></td><td>2種混合2期</td><td></td><td>日本脳炎2期</td><td></td><td>高齢者 帯状疱疹〔不活化 1回目〕</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>高齢者 帯状疱疹〔不活化 2回目〕</td></tr>
<tr><td>申請理由</td><td colspan="5">□ 里帰り出産　□ 長期入院　□ その他（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">接種予定医療機関</td><td>名　称</td><td colspan="2"></td><td>電話番号</td><td></td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="4">〒</td></tr>
<tr><td>依頼書送付先</td><td colspan="5">□ 大網白里市住所　□ 滞在先住所</td></tr>
</table>