

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

接種対象者	住所	大網白里市		
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名		性別	男 ・ 女
滞在先	〒 - (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。)			
滞在予定期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日頃まで			
予防接種の 種類 ※○を付けて ください。	B型肝炎 1回目		ロタ〔ロタテック 1回目〕	MR1期
	B型肝炎 2回目		ロタ〔ロタテック 2回目〕	MR2期
	B型肝炎 3回目		ロタ〔ロタリックス 1回目〕	HPV 1回目
	小児用肺炎球菌 1回目		ロタ〔ロタリックス 2回目〕	HPV 2回目
	小児用肺炎球菌 2回目		ロタ〔ロタリックス 3回目〕	HPV 3回目
	小児用肺炎球菌 3回目		BCG	RS ウイルス
	小児用肺炎球菌 追加		水痘 1回目	高齢者 インフルエンザ〔標準量〕
	5種混合 1回目		水痘 2回目	高齢者 インフルエンザ〔高用量〕
	5種混合 2回目		日本脳炎1期初回 1回目	高齢者 新型コロナ
	5種混合 3回目		日本脳炎1期初回 2回目	高齢者 肺炎球菌
	5種混合 追加		日本脳炎 1期追加	高齢者 帯状疱疹〔生〕
	2種混合2期		日本脳炎2期	高齢者 帯状疱疹〔不活化 1回目〕
				高齢者 帯状疱疹〔不活化 2回目〕
申請理由	<input type="checkbox"/> 里帰り出産 <input type="checkbox"/> 長期入院 <input type="checkbox"/> その他 ()			
接種予定医療機関	名称		電話番号	
	住所	〒		
依頼書送付先	<input type="checkbox"/> 大網白里市住所 <input type="checkbox"/> 滞在先住所			