様式第１号（第５条関係）

御代田町県外定期予防接種実施依頼書交付申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　御代田町長　　様　 　　　申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所〒389-02

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　御代田町大字

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（対象者との続柄　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　県外で予防接種を受けたいので、御代田町県外定期予防接種費用補助金交付要綱第５条の規定により、下記のとおり申請します。

記

１　接種対象者

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | | 生年月日 | 平成・令和　　年　　月　　日 | |
| 住　所  申請者と  異なる場合記入 | 〒 | | | | |
|  | | | | |
| 県外で接種を希望する予防接種の種類、に☑をしてください。 | □ ロタウイルス | □ ４種混合 | | | □ ２種混合 |
| □ 小児肺炎球菌 | □ 麻しん・風しん１期 | | | □ 麻しん・風しん２期 |
| □ Ｂ型肝炎 | □ 日本脳炎１期 | | | □ 日本脳炎２期 |
| □ ヒブワクチン | □ 水痘 | | | □ 子宮頸がんワクチン |
| □ ＢＣＧ |  | | |  |
| 理　由 | １　母親の里帰り出産のため　　２　主治医等の指示（入院中等）  ３　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 滞在先住所 | 〒 | | | | |
|  | | | | |
| 滞在期間 |  | | | | |
| 接種医療機関 |  | | | | |
| 依頼書送付先 | １ 申請者住所　　　２ 接種者住所　　　３ 滞在先住所 | | | | |

（以下、町記入欄）

　上記について審査の結果、

　　□県外医療機関定期予防接種対象者と認め、御代田町県外定期予防接種実施依頼

　　　書を交付します。

　　□県外医療機関定期予防接種対象者と認められません。

令和　　年　　月　　日

御代田町長　　　　　　　　　　　㊞