A類疾病定期予防接種実施依頼書

（あて先）津市長

定期予防接種を県外で受けたいので下記のことを理解したうえで申請します。
◎津市の定期予防接種として扱い、健康被害が生じた場合は津市が責任を持って対処します。
◎本申請書の情報を予防接種事業に使用することに同意します。
◎費用助成の対象は、下記で希望された予防接種の種類及び回数（期）に限ります。

申　請　者　　令和　　年　　月　　日

住　所（住民票のあるところ）

〒　　津市

氏　名　　（続柄　　）電話番号　　（　　）

※日中、連絡のつきやすい番号を記入して下さい。

◎県外で希望する予防接種名に☑、回数(期)を〇で囲んでください。※本年度内に接種できるものに限ります。

- ☐ ロタウイルス感染症（ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ）
- ☐ 小児肺炎球菌感染症（ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 ）
- ☐ B型肝炎（ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ）
- ☐ BCG　☐ 水痘（ 1回目 ・ 2回目 ）　☐ DT2期　☐ MR1期　☐ MR2期
- ☐ DPT-IPV-Hib（ 1期初回1回目 ・ 1期初回2回目 ・ 1期初回3回目 ・ 1期追加 ）
- ☐ DPT-IPV（ 1期初回1回目 ・ 1期初回2回目 ・ 1期初回3回目 ・ 1期追加 ）
- ☐ ヒブ感染症（ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 ）
- ☐ 日本脳炎（1期初回1回目 ・ 1期初回2回目 ・ 1期追加 ・ 2期 ）
- ☐ ヒトパピローマウイルス感染症【子宮頸がん】（ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ）
- ☐ その他 ［　　］

フリガナ 該当者氏名	男・女	生年月日	平成 ・ 令和　年　月　日 （　歳　か月 ）
該当者住所 （住民票）	◎申請者の住所と同様の場合は記載の必要はありません。		
滞在先住所	〒 （　様方） 電話番号		
接種予定日	◎手続きに2週間程度要しますので、その期間を考慮して記載してください。		
必要書類の送付先	申請者の住所と同じ住所に送付　・　滞在先の住所に送付		
医療機関（施設）名	名称 所在地　〒 電話番号		

津市で受けられない理由

＊管理担当処理欄

- ☐ 依頼先への確認・連絡
- ☐ 依頼書の宛名（滞在先の市町村長(保健所長)・医療機関長）
- ☐ 依頼書の送付先（滞在先の市町村・医療機関・申請者）
- ☐ 負担（助成対象・自己負担・滞在先の市町村負担）
- ☐ 接種方法（個別・集団）

管理担当（　　）

保健センター受付印

受付者（　HC　）