

予防接種依頼書交付申請書

年 月 日

四條畷市長 宛

申請者 住所
電話
氏名

(被接種者との続柄)

次の理由により、四條畷市が実施する予防接種法に基づく予防接種を他市区町村で受けますので、依頼書を交付していただきますよう申請します。また、高齢者インフルエンザ又は高齢者肺炎球菌において、表中の自己負担金免除者に該当する場合、対象であるかの審査について同意いたします。

被 接 種 者	住 所	四條畷市	
	フリガナ		
	氏 名		
	生年月日	年	月
他市で接種する理由 (あてはまるものに☑)	<input type="checkbox"/> 先天性疾患、慢性疾患、難病等の身体的事情により主治医の判断が必要 入院または通院 (医療機関名) <input type="checkbox"/> 出産等による里帰り等の育児・家庭事情で他市区町村に滞在が必要 <input type="checkbox"/> 施設入所中 (施設名) <input type="checkbox"/> 市外医療機関でしか接種できない、やむを得ない理由 (理由)		
滞在先住所 (または依頼書送付先)	〒 (様方)		
接種医療機関名 及び所在地	医療機関名： 所在地：〒		
予防接種の種類 (希望する接種 項目に○をつけ てください)	ロタウイルス	1 回目	2 回目 3 回目
	ヒブ	初回 (1 回目・2 回目・3 回目)	追加
	小児用肺炎球菌	初回 (1 回目・2 回目・3 回目)	追加
	B型肝炎	1 回目	2 回目 3 回目
	五種混合	1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)	1 期追加
	四種混合	1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)	1 期追加
	不活化ポリオ	初回 (1 回目・2 回目・3 回目)	追加
	二種混合	2 期	
	麻しん風しん(MR)	1 期	2 期
	水痘	1 回目	2 回目
	日本脳炎	1 期初回 (1 回目・2 回目)	1 期追加 2 期
	子宮頸がん	1 回目	2 回目 3 回目
	BCG		
	高齢者インフルエンザ ※自己負担免除者は☑ →	<input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳1・2級 <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳1級	<input type="checkbox"/> 療育手帳A <input type="checkbox"/> 生活保護世帯
高齢者肺炎球菌 ※自己負担免除者は☑ →	<input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳1・2級 <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳1級	<input type="checkbox"/> 療育手帳A <input type="checkbox"/> 生活保護世帯	