

定期予防接種実施依頼書発行申請書（県外医療機関用）

粕屋町長 殿

年 月 日

申請者は、**太枠内**を全てご記入ください。

※申請者は被接種者の扶養義務者であること。

申請者	住所 <small>(住民票所在地)</small>	福岡県糟屋郡粕屋町		
	氏名	(続柄:)		
	生年月日	年 月 日	連絡先 <small>(携帯電話)</small>	
	ふりがな		被接種者 生年月日	年 月 日 (歳 か月)
	被接種者 氏名			
	長期滞在先	都・道 府・県	市・町・村	
	連絡先	氏名: (続柄:)	連絡がとれる電話番号 — —	
	県外接種理由	<input type="checkbox"/> 被接種者が里帰り先の医療機関に入院・通院中のため <input type="checkbox"/> 家族が里帰り先の医療機関に入院・通院中のため <input type="checkbox"/> 家族の里帰りが、2ヶ月以上長期に滞在する事情が生じたため <input type="checkbox"/> その他 ()		
		予 防 接 種 の 種 類		接 種 予 定
希望する予防接種 <small>(希望するもの全てに ○をつけてください)</small>	ロタウイルス(1回目・2回目・3回目)			年 月 日頃
	B型肝炎(1回目・2回目・3回目)			年 月 日頃
	ヒブ(初回1回目・初回2回目・初回3回目・追加)			年 月 日頃
	小児肺炎球菌(初回1回目・初回2回目・初回3回目・追加)			年 月 日頃
	四種混合(初回1回目・初回2回目・初回3回目・追加)			年 月 日頃
	五種混合(初回1回目・初回2回目・初回3回目・追加)			年 月 日頃
	MR(1回目・2回目)			年 月 日頃
	水痘(1回目・2回目)			年 月 日頃
	日本脳炎(1期初回1回目・1期初回2回目・1期追加・2期)			年 月 日頃
	BCG			年 月 日頃
	二種混合			年 月 日頃
その他 ()			年 月 日頃	
接種(予定)の 医療機関	<住所> 〒 — — <名称> <院長名> <電話番号> — — ※ 必ず事前に医療機関に接種の可否をご確認ください。			
依頼書枚数	<input type="checkbox"/> 1枚 <input type="checkbox"/> ワクチンごと(____枚)			

※ 依頼書は申請者住所に郵送します。

※ 申請から依頼書発行まで、1週間程度かかります。

※ 3月から4月に年度をまたぐ場合、年度毎に依頼書申請が必要となります。