

定期予防接種依頼書交付申請書【A類疾病】子どもの予防接種用

年 月 日

（あて先）府中町長

申請者（被接種者が18歳以上の場合は本人が、18歳未満の場合は保護者が申請者になります。）	住所	〒 _____（電話番号： _____）	
	(フリガナ) 氏名		被接種者との続柄

次のとおり、契約外医療機関での予防接種を希望するため、府中町予防接種費用助成金交付要綱第5条の規定により、予防接種依頼書の交付を申請します。

被接種者	住所 ※住民票に記載のもの	<input type="checkbox"/> 同上 府中町 (電話番号： _____)
	(フリガナ) 氏名	<input type="checkbox"/> 同上
	生年月日	_____年 _____月 _____日
契約外医療機関での接種を希望する理由 ※該当するものに✓	<input type="checkbox"/> 【 里帰り出産 ・ 進学 】により、長期にわたり町外に滞在するため。 <input type="checkbox"/> 入院又は入所により、長期にわたり町外に居住しているため。 <input type="checkbox"/> 医学的な事情等により、かかりつけ医での接種が必要であるため。 <small>↳住民票の住所に居住している場合、下欄「滞在先住所」は記載不要です。</small> <input type="checkbox"/> その他（ _____）	
滞在先住所 ※予防接種依頼書の送付になります。	〒 _____（電話番号： _____） 様方	
滞在期間（予防接種実施の可能性のある期間）	_____年 _____月 _____日から _____年 _____月 _____日まで	
実施医療機関名		
実施医療機関の住所	(電話番号： _____)	
接種する予防接種の種類・回数	<input type="checkbox"/> ロタウイルス（ロタリックス）【1回目・2回目】／（ロタテック）【1回目・2回目・3回目】 <input type="checkbox"/> B型肝炎【1回目・2回目・3回目】 <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌【初回（1回目・2回目・3回目）、追加】 <input type="checkbox"/> 五種混合【第1期初回（1回目・2回目・3回目）、第1期追加】 <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 水痘【1回目・2回目】 <input type="checkbox"/> 麻しん・風しん混合【第1期・第2期】 <input type="checkbox"/> 日本脳炎【第1期初回（1回目・2回目・3回目）、第1期追加】 <input type="checkbox"/> ヒトパピローマウイルス感染症予防接種【1回目・2回目・3回目】 <input type="checkbox"/> その他（ _____）	

----- 以下の欄は記入しないでください -----

申請者の本人確認書類 ・A1点のみで可 ・B2点でも可 ・B1点とC1点でも可	A 顔写真付の公的証明書 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 B 顔写真付きでない公的証明書 <input type="checkbox"/> 資格確認証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 基礎年金番号通知書 <input type="checkbox"/> 年金証書 <input type="checkbox"/> 生活保護受給者証 <input type="checkbox"/> その他（ _____） C 補足資料 <input type="checkbox"/> キャッシュカード <input type="checkbox"/> 通帳 <input type="checkbox"/> クレジットカード（名義人の印字があるもの） <input type="checkbox"/> 学生証
確認事項	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳（被接種者の） <input type="checkbox"/> 町に住民票がある <input type="checkbox"/> 希望の予防接種の接種歴がない <input type="checkbox"/> 医療機関の受入は可 <input type="checkbox"/> 予防接種依頼書の宛先【医療機関の長・市区町村長】 <input type="checkbox"/> 被接種者本人が18歳以上で、申請者が本人以外の場合、委任状の提出が【ある】