

粕屋町県外定期予防接種実施依頼書交付申請書

粕屋町長 様

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	福岡県糟屋郡粕屋町		
	氏名	(被接種者との続柄:)		
	生年月日	年 月 日	電話番号	
被接種者	ふりがな		被接種者 生年月日	年 月 日
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		(歳 か月)
	滞在先住所	〒		依頼書の送付先 <input type="checkbox"/> 申請者住所 <input type="checkbox"/> 滞在先住所
	連絡先	氏名 (続柄:) <input type="checkbox"/> 申請者と同じ	連絡がとれる電話番号 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
県外接種の理由	<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 (希望の種類に✓を つけてください)	<input type="checkbox"/> ロタウイルス(1回目・2回目・3回目)			年 月 日頃
	<input type="checkbox"/> B型肝炎(1回目・2回目・3回目)			年 月 日頃
	<input type="checkbox"/> ヒブ(初回1回目・初回2回目・初回3回目・追加)			年 月 日頃
	<input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> MR(1回目・2回目)			年 月 日頃
	<input type="checkbox"/> 水痘(1回目・2回目)			年 月 日頃
	<input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> BCG			年 月 日頃
	<input type="checkbox"/> 二種混合			年 月 日頃
<input type="checkbox"/> 子宮頸がん(1回目・2回目・3回目)			年 月 日頃	
<input type="checkbox"/> 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)			

※ 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。