

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 (住民票所在地)	福岡県糟屋郡粕屋町		
	氏名	(続柄:)		
	生年月日	年 月 日	連絡先 (携帯電話)	
	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 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 (希望するもの全てに ○をつけてください)	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	
	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。