

市外における定期予防接種実施申請書

(あて先) 松江市長

下記のとおり定期予防接種実施の申請をします。

※接種を受ける方が 18 歳未満の場合は、保護者が申請者です (RS ウイルスは除く)。 令和 年 月 日

申請者	ふりがな			※申請者は、接種後の払い戻し申請者及び振込先口座の名義人と同一	
	氏名				
	住所	松江市			
	連絡先	-	-		接種を受ける方との続柄 ()
接種を受ける方	ふりがな			昭和・平成・令和	
	氏名			生年月日	
	住民登録住所	□申請者と同じ 申請者と違う場合は記入：松江市			年 月 日
	滞在先住所	〒 - 都・道・府・県 区・市・町・村			様方

接種希望 医療機関	所在地 医療機関名 代表者名 連絡先
依頼書の宛名	注) 接種希望の医療機関がある自治体の予防接種担当部署に確認のうえ、該当するものに○を付けてください。 医療機関の院長 ・ 市区町村長 □ 依頼先医療機関のある自治体に確認した。
書類送付先	滞在先住所 ・ 接種を受ける方の住民登録住所
予防接種の種類 接種予定日 *接種希望するものに○を付けてください。 申請できるのは年度内に接種できる予防接種です。	B型肝炎 (1回目・2回目・3回目)
	ヒブ 初回 (1回目・2回目・3回目)・追加
	小児肺炎球菌 初回 (1回目・2回目・3回目)・追加
	五種混合 1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加
	三種混合 1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加
	二種混合 (DT) 2期
	BCG
	水痘 (1回目・2回目)
	麻しん風しん混合 (MR) 又は麻しん・風しん (第 期)
	日本脳炎 1期初回 (1回目・2回目)・1期追加 2期
	HPV 感染症 (1回目・2回目・3回目)
	RS ウイルス
申請理由	ア) 里帰り出産 イ) 保護者都合 ウ) その他 ()

職員記入欄

□住基 □接種履歴 □健康かるて □母子健康手帳 受付 (□窓口 □オンライン □郵便)