別紙１

様式第１号（第４関係）

　　年　　月　　日

紫波町長　熊　谷　　泉　様

申請者（保護者）

住所

氏名

電話番号

被接種者との続柄

予防接種依頼書交付申請書

　岩手県外の医療機関で予防接種を受けたいので、下記の確認事項を了承の上、下記により予防接種依頼書の交付を申請します。

記

１　確認事項

　　□　被接種者は、住所地その他の予防接種の要件を充たしている。

　　□　予防接種費給付の内容（上限額、申請期限等）を了承している。

　　□　特定医療機関から事前に予防接種の了承を得ている。

|  |  |
| --- | --- |
| 予防接種の種類 | １　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２　ヒブ　　　　　　□　１回目　□　２回目３　小児用肺炎球菌　□　１回目　□　２回目４　Ｂ型肝炎　　　　□　１回目　□　２回目５　四種混合　　　　□　１回目６　五種混合　　　　□　１回目７　ヒトパピローマウイルス感染症□　１回目　□　２回目　□　３回目 |
| 被接種者 | 住所 |  |
| 氏名 | 男・女　　　　 |
| 生年月日 | 　　　　　　年　　月　　日生　 |
| 滞在先 |  |
| 実施医療機関 | 住　　所 |  |
| 名　　称 |  |
| 代　　表 |  |
| 電話番号 |  |
| 理由 |  |

２　申請事項

（Ａ４）