

予 防 接 種 依 頼 申 請 書

年 月 日

相 模 原 市 長 殿

〒

住 所 相模原市 区

申請者 氏 名

(保護者) 電話番号 ()

次のとおり予防接種を受けたいので、依頼書の発行を申請します。

対象者 <small>(予防接種を受ける人)</small>	ふりがな			受 診 番 号		
	氏 名					
	生年月日	年	月	日 (満)	歳	か月)
	住 所					
申請理由	該当する番号に○印をし、その理由等について詳しく記入してください。 1. 市の協力医療機関以外の医療機関に、 <input type="checkbox"/> かかりつけ <input type="checkbox"/> 入院中 のため <input type="checkbox"/> 通院中 ※該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> してください。 理由: ・医療機関名..... ・所在地..... 2. 特別な事情により市外に滞在しているため 理由: 3. その他 理由:					
滞在先住所等 <small>(市外に滞在していない場合は、記入の必要はありません。)</small>	〒		滞在先世帯主名			電話 ()
	滞在先期間		年	月	日 ~	年 月 日
接種方法確認先市町村 <small>※確認をした自治体情報をご記入ください。</small>	〒		担当課名称		電話 ()	
定期予防接種の種類 (番号、回数に○をしてください。)	接種方法確認欄 (該当欄に <input checked="" type="checkbox"/> してください。)					
	窓口支払い	依頼先	書類送付先			
1. B型肝炎 1回目・2回目・3回目	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 自治体・ <input type="checkbox"/> 医療機関	<input type="checkbox"/> 本人(市内・滞在先)・ <input type="checkbox"/> 確認先市町村			
2. ヒブワクチン 1回目・2回目・3回目・追加	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 自治体・ <input type="checkbox"/> 医療機関	<input type="checkbox"/> 本人(市内・滞在先)・ <input type="checkbox"/> 確認先市町村			
3. 小児用肺炎球菌 1回目・2回目・3回目・追加	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 自治体・ <input type="checkbox"/> 医療機関	<input type="checkbox"/> 本人(市内・滞在先)・ <input type="checkbox"/> 確認先市町村			
4. ロタウイルス (ロタテック) 1回目・2回目・3回目	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 自治体・ <input type="checkbox"/> 医療機関	<input type="checkbox"/> 本人(市内・滞在先)・ <input type="checkbox"/> 確認先市町村			
5. ロタウイルス (ロタリックス) 1回目・2回目	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 自治体・ <input type="checkbox"/> 医療機関	<input type="checkbox"/> 本人(市内・滞在先)・ <input type="checkbox"/> 確認先市町村			
6. 五種混合 1期 (1回目・2回目・3回目・追加)	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 自治体・ <input type="checkbox"/> 医療機関	<input type="checkbox"/> 本人(市内・滞在先)・ <input type="checkbox"/> 確認先市町村			
7. 四種混合 1期 (1回目・2回目・3回目・追加)	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 自治体・ <input type="checkbox"/> 医療機関	<input type="checkbox"/> 本人(市内・滞在先)・ <input type="checkbox"/> 確認先市町村			
8. 三種混合 1期 (1回目・2回目・3回目・追加)	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 自治体・ <input type="checkbox"/> 医療機関	<input type="checkbox"/> 本人(市内・滞在先)・ <input type="checkbox"/> 確認先市町村			
9. ポリオ 1回目・2回目・3回目・追加	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 自治体・ <input type="checkbox"/> 医療機関	<input type="checkbox"/> 本人(市内・滞在先)・ <input type="checkbox"/> 確認先市町村			
10. BCG 1回目	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 自治体・ <input type="checkbox"/> 医療機関	<input type="checkbox"/> 本人(市内・滞在先)・ <input type="checkbox"/> 確認先市町村			
11. 麻しん風しん混合 1期・2期	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 自治体・ <input type="checkbox"/> 医療機関	<input type="checkbox"/> 本人(市内・滞在先)・ <input type="checkbox"/> 確認先市町村			
12. 麻しん・風しん 1期・2期	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 自治体・ <input type="checkbox"/> 医療機関	<input type="checkbox"/> 本人(市内・滞在先)・ <input type="checkbox"/> 確認先市町村			
13. 水痘 1回目・2回目	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 自治体・ <input type="checkbox"/> 医療機関	<input type="checkbox"/> 本人(市内・滞在先)・ <input type="checkbox"/> 確認先市町村			
14. 日本脳炎 1期 (1回目・2回目・追加)・2期	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 自治体・ <input type="checkbox"/> 医療機関	<input type="checkbox"/> 本人(市内・滞在先)・ <input type="checkbox"/> 確認先市町村			
15. 二種混合 1期 (1回目・2回目・追加)・2期	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 自治体・ <input type="checkbox"/> 医療機関	<input type="checkbox"/> 本人(市内・滞在先)・ <input type="checkbox"/> 確認先市町村			
16. HPV感染症 1回目・2回目・3回目	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 自治体・ <input type="checkbox"/> 医療機関	<input type="checkbox"/> 本人(市内・滞在先)・ <input type="checkbox"/> 確認先市町村			