

様式第1号（第4条関係）

予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

熱海市長 あて

住 所

申請者 氏 名

(被接種者との続柄)

電話番号

熱海市以外で予防接種を受けたいので、熱海市予防接種費の償還払に関する要綱第4条第1項の規定により、次のとおり申請します。

被接種者	住 所	熱海市
	氏 名	
	生年月日	年 月 日 生
医療機関等	住 所	
	名 称	
市外で接種する理由		
予防接種の種類	<p>該当する□にチェックしてください。</p> <input type="checkbox"/> 五種混合 【第 期 (回)】 <input type="checkbox"/> 四種混合 【第 期 (回)】 <input type="checkbox"/> 二種混合 <input type="checkbox"/> 不活化ポリオ 【 回】 <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合 【第 期】 <input type="checkbox"/> 麻しん 【第 期】 <input type="checkbox"/> 風しん 【第 期】 <input type="checkbox"/> 日本脳炎 【第 期 (回)】 <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> ヒブ 【 回目】 <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 【 回目】 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん 【 回目】 <input type="checkbox"/> 水痘 【 回目】 <input type="checkbox"/> B型肝炎 【 回目】 <input type="checkbox"/> ロタウイルス感染症 【 回目】	