

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いに関する要綱第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   |  |
|           | 氏 名   |  |
|           | 生年月日  |  |
| 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> <p><input type="checkbox"/> 四種混合 【第 期（ 回）】</p> <p><input type="checkbox"/> 二種混合</p> <p><input type="checkbox"/> 不活化ポリオ 【 回】</p> <p><input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合 【第 期】</p> <p><input type="checkbox"/> 麻しん 【第 期】</p> <p><input type="checkbox"/> 風しん 【第 期】</p> <p><input type="checkbox"/> 日本脳炎 【第 期（ 回）】</p> <p><input type="checkbox"/> BCG</p> <p><input type="checkbox"/> ヒブ 【 回目】</p> <p><input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 【 回目】</p> <p><input type="checkbox"/> 子宮頸がん 【 回目】</p> <p><input type="checkbox"/> 水痘 【 回目】</p> <p><input type="checkbox"/> B型肝炎 【 回目】</p> <p><input type="checkbox"/> ロタウイルス</p> <p>【ロタリックス 回目またはロタテック 回目を実施】</p> |  |