別記第１号様式（第４条関係）

年　　月　　日

益城町長　様

申請者　住所

氏名

連絡先

益城町定期予防接種実施依頼書交付申請書（Ａ類疾病用）

被接種者

氏　　名	（ふりがな：　　）
住　　所	□申請者に同じ
生年月日	年　　月　　日
申請者との続柄	

下記のとおり、定期接種を委託医療機関以外で受けたいので、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

１　希望する予防接種の種類

予防接種名	交付希望の□にチェックしてください。
５種混合	□初回１回目　□２回目　□３回目　□追加
２種混合	□２期
麻しん風しん混合	□１期　□２期
日本脳炎	□初回１回目　□２回目　□１期追加　□２期
ＢＣＧ	□
小児用肺炎球菌	□初回１回目　□２回目　□３回目　□追加
ＨＰＶ	□１回目　□２回目　□３回目
水　痘	□１回目　□２回目
Ｂ型肝炎	□１回目　□２回目　□３回目
ロタウイルス	□１回目　□２回目　□３回目
ＲＳウイルス	□

２　接種予定の医療機関

医療機関名	
所　在　地	

３　委託医療機関で接種できない理由（該当する□にチェックしてください。）

□　①里帰り出産等のため

□　②長期の入院又は入所のため

□　③疾病の治療上、かかりつけ医での接種を希望するため

□　④その他（具体的に：　　）

４　滞在先（理由①に該当する場合）

滞在先住所	（　　様方）
電話番号	

【代理申請者記入欄】

氏　名		続　柄	
住　所		連絡先	