様式第１号（第５条関係）

県外における定期予防接種（ヒトパピローマウイルスワクチンのキャッチアップ接種分）

実施依頼申請書

　　年　　月　　日

富谷市長　あて

住　所　富谷市

申請者

（被接種者との続柄）

下記の理由のため県外医療機関等での予防接種を希望しますので、依頼くださる

ようお願いいたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| １．理由 | （１）学業等の理由で、県外に長期にわたり居住しているため（２）仕事等の理由で、県外に事実上居住しているため（３）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ２．被接種者 | 住　　所　富谷市 |
| 　　 | 性別 | 女 |
| 個人番号 |
| 生年月日　　　　　年　　月　　日（満　　歳　か月） |
| ３．予防接種名 | ※あてはまるものにレ点をつけてくださいヒトパピローマウイルスワクチン　　□　１回目　□　２回目　□　３回目 |
| ４．接種医療機関等 | 医療機関名：住　　　所：電話番号： |
| ５．滞在地住所又は在籍施設名及び所在地 | 〒　 －（ 　　　　　　様方）電話（日中連絡が取れる番号）： |

１　添付書類

⑴　保険証や免許証などの住所と生年月日が確認できるものの写し

⑵　母子健康手帳（出生届済証明と予防接種の記録欄）や予防接種済証などの写し

２　申請できるのは接種を受ける本人、配偶者又はその保護者に限ります。