

## 県外における定期予防接種実施依頼申請書

年 月 日

富谷市長 あて

住 所 富谷市  
申請者

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) 出産、療養、就学、仕事等の理由で、県外に長期にわたり滞在しているため<br>(2) 離婚調停中等の理由で、県外に事実上居住しているため<br>(3) その他 ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |     |  |             |    |     |                     |  |  |
| 2. 被接種者                    | 住 所 富谷市<br><table border="1"> <tr> <td>ふりがな<br/>氏 名</td><td>性別</td><td>男・女</td></tr> <tr> <td colspan="3">生年月日 年 月 日 (満 歳 か月)</td></tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |     |  | ふりがな<br>氏 名 | 性別 | 男・女 | 生年月日 年 月 日 (満 歳 か月) |  |  |
| ふりがな<br>氏 名                | 性別                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 男・女 |  |             |    |     |                     |  |  |
| 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<br><b>RS</b> ウイルス母子免疫ワクチン <input type="checkbox"/><br>Hib(ヒブ) <input type="checkbox"/> 初回1回目 <input type="checkbox"/> 初回2回目 <input type="checkbox"/> 初回3回目 <input type="checkbox"/> 追加<br>小児肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 初回1回目 <input type="checkbox"/> 初回2回目 <input type="checkbox"/> 初回3回目 <input type="checkbox"/> 追加<br>B型肝炎 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目<br>五種混合 第1期( <input type="checkbox"/> 初回1回目 <input type="checkbox"/> 初回2回目 <input type="checkbox"/> 初回3回目) <input type="checkbox"/> 第1期追加<br>二種混合 <input type="checkbox"/> 第2期<br>BCG <input type="checkbox"/><br>麻しん風しん <input type="checkbox"/> 第1期 <input type="checkbox"/> 第2期<br>水痘 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目<br>日本脳炎 第1期( <input type="checkbox"/> 初回1回目 <input type="checkbox"/> 初回2回目) <input type="checkbox"/> 第1期追加 <input type="checkbox"/> 第2期<br>ヒトパピローマウイルス <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目<br>ロタウイルス <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 |     |  |             |    |     |                     |  |  |
| 4. 接種医療機関等                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |  |             |    |     |                     |  |  |
| 5. 滞在地住所<br>(又は在籍施設名及び所在地) | 〒 ( ) 様方)<br>電話 (日中連絡が取れる番号):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |     |  |             |    |     |                     |  |  |