

（宛先）春日井市長

〒

住 所

接種対象者との続柄・関係

申請者 ふり がな 氏 名 ()

(保護者) 電話番号 — —

※接種対象者と住所が異なる場合は、身分証明書の写しを添付してください

春日井市指定医療機関外予防接種実施依頼申請書

春日井市指定医療機関外予防接種に係る補助金交付要綱の規定に基づき、次のとおり指定医療機関外での予防接種実施依頼書の発行について申請します。

接種対象者	<small>ふり がな</small> 氏 名	1 申請者と同じ 2 その他 ()	性別	男・女
	生年月日	平成・令和 年 月 日 (歳 か月)		
	住 所	1 申請者と同じ 2 その他 (春日井市)		
滞在地	住 所	1 申請者と同じ 2 その他〔〒 (様方)〕		
	電話番号	1 申請者と同じ 2 その他 ()		
連絡の取れる電話番号		1 申請者と同じ 2 滞在地と同じ <small>続柄・関係</small> 3 その他 ()		
予防接種名		小児用肺炎球菌 (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 4回目) B型肝炎 (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目) ロタ (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目) ヒブ (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 4回目) 五種・四種混合 (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 4回目) BCG (<input type="checkbox"/> 1回) MR (<input type="checkbox"/> I期 <input type="checkbox"/> II期) 水痘 (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目) 日本脳炎 (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 4回目) 二種混合 (<input type="checkbox"/> 1回) 子宮頸がん (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目)		
実施医療機関	<small>ふり がな</small> 名 称		都・道 市・区 府・県 町・村	
	電話番号			
依 頼 理 由		1 かかりつけ医 3 市外等の医療機関に入院 2 市外に滞在 4 その他 ()		
郵 送 先		1 申請者と同じ 2 滞在地と同じ 3 その他 (〒 (様方))		
接種の予約日		1 有 (月 日) 2 無		

決 裁 欄	課長	課長補佐	主査	担当

※課長決裁欄の押印は、公印管守者による審査押印を兼ねています。