

委託医療機関外定期予防接種依頼書交付申請書

(あて先) 成田市長

記入例

申請年月日 令和〇年 〇月 〇日  
申請者名 成田 太郎  
被接種者との続柄 父  
電話番号 080-0000-0000

下記により委託医療機関外定期予防接種依頼書の交付を受けたいので申請します。

予防接種を受ける方	フリガナ	ナリタ ハナコ
	氏名	成田 花子
	生年月日	令和〇年 〇月 〇日
	住所	成田市花崎町760番地
	電話番号	080-0000-0000
滞在先	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇区〇〇 〇丁目〇番〇号 〇〇 様方
	電話番号	000-0000-0000
ワクチンの種類	ロタウイルス[ロタリックス](2回)、インフルエンザ菌b型(2回・3回)、 小児肺炎球菌(2回・3回)、B型肝炎(2回・3回)、 五種混合(第1期1回・2回・3回)、BCG	
接種する医療機関名	〇〇クリニック ※ 事前に医療機関へ相談し、依頼書を持参して接種することについて了承を得てください。	
接種する期間	令和〇年 〇月 〇日から 令和〇年 〇月 〇日まで	
申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> 長期入院 <input type="checkbox"/> 里帰り出産等 <input type="checkbox"/> その他(具体的にお書きください。)	
接種費用	<input checked="" type="checkbox"/> 本人が負担(有料) <input type="checkbox"/> 相手自治体が負担(無料)	
予防接種依頼書のあて先	(例) 〇〇病院 院長、〇〇市長、〇〇市保健所長など 〇〇クリニック 院長	

予防接種依頼書の送付先	<input checked="" type="checkbox"/> 滞在先へ <input type="checkbox"/> 自治体・保健所・病院等へ（住所などを記入してください） 〒  <div style="text-align: right;">様方</div>
-------------	---

太枠の項目は、接種する医療機関が所在する市区町村の予防接種担当部署に確認してください。

**【提出先】**

〒286-0017

成田市赤坂 1-3-1 (保健福祉館内) 成田市地域医療政策課

電話番号 0476-27-1119