

予 防 接 種 依 頼 申 請 書

(あて先) 一 宮 市 長

以下の理由により、一宮市が契約している医療機関で予防接種を受けることができないため、一宮市予防接種費用助成金交付要綱第4条により、次のとおり申請します。

太枠内をご記入ください。

(住民票上の) 住所	〒 - 一宮市	(申請者) 連絡先 □父 □母 □本人 □その他( ) ( ) -
	里帰り等で住民票上の住所以外に滞在の場合	送付先宛名
(滞在先の) 住所	〒 -	(滞在先) 連絡先 □父 □母 □本人 □その他( ) ( ) -
書類送付先	□住民票上の住所 □滞在先 (希望する送付先に☑をしてください。)	
申請者氏名	被接種者氏名	生年月日
フリガナ	フリガナ (男・女)	年 月 日 ( 歳 か月 )
【同意事項】	<input type="checkbox"/> 予防接種法に定められた以外の接種方法や、予防接種依頼書有効期限外での接種については、全額自己負担になります。 <input type="checkbox"/> 診察により接種を見合わせた場合の費用は全額自己負担になります。 <input type="checkbox"/> 契約外医療機関における予防接種費用が、一宮市の定める金額を超えた場合の差額は全額自己負担になります。 <input type="checkbox"/> 予防接種終了後の予診票は一宮市に提出され保管されます。	
申請理由	<input type="checkbox"/> 里帰り <input type="checkbox"/> 重篤な疾患による通院 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> その他(理由: ( ) ) <input type="checkbox"/> 入所中(施設名: ( ) )	
医療機関所在地	希望する医療機関名	電話番号
都・道 府・県    市・区 町・村		( ) -

希望する予防接種の種類および接種回の口に✓をつけてください。

希望する 予防接種	予防接種の種類	接種回(回目)	
		<input type="checkbox"/> ロタウイルス ( ロタリックス ) <input type="checkbox"/> ロタウイルス ( ロタテック )	いずれか1つ
<input type="checkbox"/> B型肝炎			□1 □2 □3
<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌			□1 □2 □3 □追
<input type="checkbox"/> Hib			□1 □2 □3 □追
<input type="checkbox"/> 五種混合 <input type="checkbox"/> 三種混合		いずれか1つ	□1 □2 □3 □追
<input type="checkbox"/> ポリオ			□1 □2 □3 □追
<input type="checkbox"/> 結核 (BCG)			
<input type="checkbox"/> 麻しん風しん(MR)混合 <input type="checkbox"/> 麻しん <input type="checkbox"/> 風しん		MRを接種 または 麻しん、風しんを別々に接種 ※麻しん、風しんどちらかのみ接種も可能です。	□1期    □2期    □5期 ※「5期」はMRまたは風しんのみ接種可能
<input type="checkbox"/> 水痘			□1 □2
<input type="checkbox"/> 日本脳炎			□1 □2 □追 □2期
<input type="checkbox"/> 二種混合			
<input type="checkbox"/> 子宮頸がん( HPV )			□1 □2 □3
<input type="checkbox"/> RSウイルス			