

予防接種依頼書交付申請書

令和 年 月 日

四国中央市長 様

申請者住所

申請者氏名
代理人住所
代理人氏名
続柄
連絡先電話番号

次のとおり、予防接種依頼書の交付を申請します。

被接種者	フリガナ氏名	
	生年月日	明治・大正 年 月 日（歳 か月） 昭和・平成・令和
	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 四国中央市
	滞在先住所	〒 様方（滞在先電話 - - ）
予防接種の種類	<input type="checkbox"/> ロタ	1回目・2回目・3回目
	<input type="checkbox"/> ヒブ	1回目・2回目・3回目・追加
	<input type="checkbox"/> B型肝炎	1回目・2回目・3回目
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌	1回目・2回目・3回目・追加
	<input type="checkbox"/> 4種混合（DPT-IPV）	1期（1回目・2回目・3回目・追加）・2期
	<input type="checkbox"/> ポリオ	1回目・2回目・3回目・追加
	<input type="checkbox"/> MR（麻しん・風しん）	1期・2期
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	1期（1回目・2回目・追加）・2期
	<input type="checkbox"/> BCG	
	<input type="checkbox"/> 水痘	1回目・2回目
	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん	1回目・2回目・3回目
	<input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ	（10月15日～12月31日の接種に限る）
	<input type="checkbox"/> 高齢者の肺炎球菌	
申請理由	接種をする医療機関名： 所在地： （医療機関へは受け入れ可能であるかあらかじめご確認ください）	
備考 ※必ず記入してください	接種をする医療機関名： 所在地： （医療機関へは受け入れ可能であるかあらかじめご確認ください）	

※申請書は、ホームページからダウンロードができます。記載した申請書の提出方法は、お電話にてご相談ください。

上記のとおり、予防接種依頼書交付申請を受け付けました。後日、払い戻しの際に窓口へご提出ください。

本人確認	※窓口に来た方の確認書類 免・保・介・その他（ ）
代理権確認	※窓口に来た方が本人（保護者）以外の場合は、本人（保護者）の委任を確認する書類が必要です 委状・免・保・介・母・案内文書・その他（ ）



【処理欄】 交付方法（即日窓口・後日窓口・郵送） 償還払い申請・請求書のお渡し（未・済）
※通常、後日償還払い申請時にお渡ししています。