

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 昭和・平成・令和	年 月 日 （ 歳 か月）
	現 住 所	☐ 申請者に同じ 四国中央市	
	滞在先住所	〒 様方 （滞在先電話 — — ）	
予 防 接 種 の 種 類	☐ ヒブ	1 回目・2 回目・3 回目・追加	
	☐ 小児用肺炎球菌	1 回目・2 回目・3 回目・追加	
	☐ 4 種混合（DPT-IPV）	1 期（1 回目・2 回目・3 回目・追加）・2 期	
	☐ ポリオ	1 回目・2 回目 ・3 回目・追加	
	☐ MR（麻しん・風しん）	1 期・2 期	
	☐ 日本脳炎	1 期（1 回目・2 回目・追加）・2 期	
	☐ B C G		
	☐ 水痘	1 回目・2 回目	
	☐ 子宮頸がん	1 回目・2 回目・3 回目	
	☐ B 型肝炎	1 回目・2 回目・3 回目	
	☐ 高齢者インフルエンザ	（10 月 15 日～12 月 31 日の接種に限る）	
	☐ 高齢者の肺炎球菌		
申 請 理 由	☐ 里帰り中のため ☐ かかりつけ医があるため ☐ 入院中・施設入所中のため ☐ その他（ ）		
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。