様式第１号(第５条関係)

国分寺市長　殿

国分寺市指定外医療機関予防接種承認申請書兼依頼書発行願

申請日　　　　年　　月　　日

　国分寺市指定外医療機関予防接種費用助成規則第５条第１項の規定に基づき、指定外医療機関での予防接種について、下記のとおり申請します。併せて、国分寺市指定外医療機関予防接種依頼書を発行願います。

　また、この申請について、住民基本台帳等公簿の照合により住民登録状況を確認すること及び国分寺市が予防接種の結果報告を受けることについて同意します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被接種者 | 住所 | 東京都国分寺市 | 　電話番号 | 　 |
| フリガナ | 　 | 性別 | 生年月日 |
| 氏名 | 　 | 男　・　女 | 　　　年　　　月　　　日(　　　歳　　　か月) |
| フリガナ | 　 | 被接種者との続柄 |
| 申請者名　※署名 | 　 | 　 |
| 定期予防接種の種類希望する定期予防接種に○印をつけてください。依頼書は、１年以内に受けられる予防接種について発行します。 | 　ロタウイルス　　　(　１回目　・　２回目　・　３回目　)　ヒブ　　　　　(　１回目　・　２回目　・　３回目　・　追加　)　小児の肺炎球菌　　(　１回目　・　２回目　・　３回目　・　追加　)　Ｂ型肝炎　 　　　(　１回目　・　２回目　・　３回目　)　五種混合　　　　　(　１回目　・　２回目　・　３回目　・　追加　)　四種混合　　　　　(　１回目　・　２回目　・　３回目　・　追加　)　三種混合　　　　　(　１回目　・　２回目　・　３回目　・　追加　)　ポリオ　　　(　１回目　・　２回目　・　３回目　・　追加　)　ＢＣＧ　水痘　　　　　　　(　１回目　・　２回目　)　麻しん風しん混合　(　一期　・　二期　)　日本脳炎一期　　　(　１回目　・　２回目　・　追加　)　・　日本脳炎二期　二種混合　　・　　子宮頸がん　　　　(　１回目　・　２回目　・　３回目　)　高齢者インフルエンザ　・　　高齢者肺炎球菌 |
| 接種希望医療機関 | 医療機関名 | 電話：　　　(　　　　)　　　　　 |
| 所在地 | 　 |
| 上記医療機関での接種を希望する理由 | 　 |
| 接種開始希望日 | 年　　　　　　月　　　　　　日 |

依頼書等の送付先について、以下のいずれかを選択してください（□にレを記入）。宛名は申請者様宛とします。

|  |
| --- |
| □被接種者住所 |
| □その他の住所（以下に御記入ください）〒 |
| ※送付先の世帯の名字が異なる場合は「○○方」を、施設に入所している場合は施設名を明記してください。 |