

定期予防接種依頼書交付申請書

年 月 日

芽室町長 あて

申請者 住 所 芽室町  
氏 名  
(被接種者との続柄 )  
電話番号

芽室町予防接種費用の助成に関する要綱第 4 条第 1 項の規定に基づき、次のとおり町が指定した医療機関以外で定期予防接種を受けたいので、依頼書の交付を申請します。

記

対象者	住 所	□申請者と同じ 芽室町
	氏 名	
	生年月日	年 月 日 ( 歳 )
予防接種名	1 五種混合 ( I 期 : 1 回目・2 回目・3 回目・追加 ) 2 四種混合 ( I 期 : 1 回目・2 回目・3 回目・追加 ) 3 三種混合 ( I 期 : 1 回目・2 回目・3 回目・追加 ) 4 二種混合 ( I 期 : 1 回目・2 回目・追加 II 期 ) 5 ヒブ ( 1 回目・2 回目・3 回目・追加 ) 6 小児肺炎球菌 ( 1 回目・2 回目・3 回目・追加 ) 7 ポリオ ( I 期 : 1 回目・2 回目・3 回目・追加 ) 8 B 型肝炎 ( 1 回目・2 回目・3 回目 ) 9 ロタウイルス感染症 ( 1 回目・2 回目・3 回目 ) 10 B C G 11 麻しん ( I 期 II 期 ) 12 風しん ( I 期 II 期 ) 13 M R 混合 ( I 期 II 期 ) 14 水痘 ( 1 回目・2 回目 ) 15 子宮頸がん ( 1 回目・2 回目・3 回目 ) 16 日本脳炎 ( 1 回目・2 回目・3 回目・4 回目 )	
実施希望市町村	( 医療機関名 )	
理 由		