第１号様式（第３条関係）

令和 〇年 〇 月 〇 日

武蔵野市長　殿

申請者　住所 **武蔵野市吉祥寺北町4－8－10**
氏名 **武蔵野　花子**

予防接種実施依頼書交付申請書

次のとおり武蔵野市外の医療機関における予防接種を希望しますので、武蔵野市予防接種費の償還払に関する要綱第３条第１項の規定により、予防接種実施依頼書の交付について申請します。なお、予防接種を受ける医療機関が所在する市区町村の長の承認を得ています。

また、償還払による助成を受けるために必要な範囲内において、この申請書に記載した事項について、予防接種実施依頼書の送付先に情報提供することについて同意します。

ふりがな	**むさしの　たろう**
被接種者氏名	**武蔵野　太郎**
生年月日及び年齢	**令和〇** 年 **1** 月 **1** 日（　　歳　　か月）
住所	〒 **180-0001** 武蔵野市 **吉祥寺北町4－8－10** 電話番号 **0422**（**51**）**0700**　住登確認
保護者氏名	**武蔵野　花子**
滞在先の住所	〒 **123-0001** **〇〇県〇〇市1－2－3**（**〇〇**　様方） 電話番号 **012**（**345**）**6789**
接種を希望する市区町村及び医療機関	**〇〇県〇〇市** （医療機関の名称　**〇〇医院**）
依頼書の送付先 注　該当するものに〇をしてください。	1　武蔵野市の住所 (2)　滞在先 3　その他（　　）
依頼書の宛名 注　該当するものに〇をしてください。	(1)　指定外医療機関の院長 2　指定外医療機関が所在する市区町村の長 3　その他（　　）
市外の医療機関における予防接種を希望する理由 注　該当するものに〇をしてください。	(1)　里帰り出産 2　市外の医療機関に入院又は通院 3　市外の児童養護施設、老人福祉施設等に入所 4　その他（　　）
予防接種の種類 注　該当するものに〇をしてください。	ＢＣＧ Ｂ型肝炎　(1回目)・２回目・３回目 ロタウイルス　(1回目)・２回目・３回目 （ロタリックスは２回、ロタテックは３回接種です。どちらのワクチンを接種するか未定の場合は３回目までお選びください。） 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 四種混合（Ⅰ期）　１回目・２回目・３回目・追加 五種混合（Ⅰ期）　１回目・２回目・３回目・追加 二種混合（Ⅱ期） 水痘　１回目・２回目 麻しん・風しん（MR）　第Ⅰ期・第Ⅱ期 日本脳炎　Ⅰ期（１回目・２回目・追加）・Ⅱ期 急性灰白髄炎（不活化ポリオ）　１回目・２回目・３回目・追加 子宮頸がん　１回目・２回目・３回目

備考　予防接種を受けた者が未成年者の場合にあっては、母子健康手帳の予防接種の記録が確認できる部分の写しを添付してください。