

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	<b>むさしの たろう</b>		
被接種者氏名	<b>武蔵野 太郎</b>		
生年月日及び年齢	令和〇年 <b>1</b> 月 <b>1</b> 日 ( 歳 か月)		
住 所	〒 <b>180-0001</b> 武蔵野市 <b>吉祥寺北町4-8-10</b>		
	電話番号	<b>0422 ( 51 ) 0700</b>	住登確認
保護者氏名	<b>武蔵野 花子</b>		
滞在先の住所	〒 <b>123-0001</b> 〇〇県〇〇市 <b>1-2-3</b> ( 〇〇 様方)		
	電話番号	<b>012 ( 345 ) 6789</b>	
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 <b>〇〇医院</b> )		
依頼書の送付先	1 武蔵野市の住所 2 <input checked="" type="radio"/> 滞在先 3 その他 ( )		
注 該当するものに○を してください。			
依頼書の宛名	1 指定外医療機関の院長 2 <input checked="" type="radio"/> 指定外医療機関が所在する市区町村の長 3 その他 ( )		
注 該当するものに○を してください。			
市外の医療機関における 予防接種を希望する理由	1 里帰り出産 2 <input checked="" type="radio"/> 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 ( )		
注 該当するものに○を してください。			
予 防 接 種 の 種 類	BCG		
	B型肝炎	<input checked="" type="radio"/> 1回目・2回目・3回目	
注 該当するものに○を してください。	ロタウイルス	<input checked="" type="radio"/> 1回目・2回目・3回目	
	<small>(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。)</small>		
	ヒブ	<input checked="" type="radio"/> 1回目・2回目・3回目・追加	
	小児用肺炎球菌	<input checked="" type="radio"/> 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つては、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。