室蘭市予防接種実施依頼書発行申請書

令和　　年　　月　　日

（あて先）室 蘭 市 長

このことについて、予防接種実施依頼書を発行くださるよう申請します。

<table>
<tr><td>被接種者氏名
（予防接種を受ける人）</td><td>フリガナ
</td><td>生年月日</td><td>平成・令和
年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="3">室蘭市</td></tr>
<tr><td>電話番号
（連絡用）</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>保護者氏名</td><td colspan="3">被接種者との関係（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">滞在先住所</td><td colspan="3">〒</td></tr>
<tr><td>世帯主名</td><td></td><td>電話番号</td><td></td></tr>
<tr><td>発行の理由</td><td colspan="3">1 里帰りのため　　2 入院治療中
3 長期にわたる疾患後の接種（病名：　　）
4 その他（　　）</td></tr>
<tr><td>予防接種の種類

※申請日より、おおむね6ヵ月以内に接種予定のものについて印をつけてください。</td><td colspan="3">☐ B型肝炎　（ 1 ・ 2 ・ 3 ）回目
☐ Hib　（ 1 ・ 2 ・ 3 ）回目 ・ 追加
☐ 小児用肺炎球菌　（ 1 ・ 2 ・ 3 ）回目 ・ 追加
☐ ロタリックス(1価)　（ 1 ・ 2 ）回目
☐ ロタテック(5価)　（ 1 ・ 2 ・ 3 ）回目　どちらか
☐ 四種混合　（ 1 ・ 2 ・ 3 ）回目 ・ 追加
☐ BCG
☐ 麻しん風しん混合　（ 1 期 ・ 2期 ）
☐ 水痘　（ 1 ・ 2 ）回目
☐ 二種混合
☐ ヒトパピローマウイルス感染症　（ 1 ・ 2 ・ 3 ）回目
☐ 日本脳炎　1期初回（ 1 ・ 2 ）回目 ・ 1期追加 ・ 2期
☐ その他 ＊定期予防接種に限る（　　）</td></tr>
<tr><td>接種(開始)予定日</td><td colspan="3">令和　　年　　月　　日　　※決まっている場合記入</td></tr>
<tr><td>医療機関名
・
所在地</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>依頼書の宛名＊</td><td colspan="3">1 市区町村長　2 医療機関長　3 その他（　　）</td></tr>
<tr><td>依頼書の送付先＊</td><td colspan="3">1 市区町村の予防接種担当部署（　　）
2 滞在先　3 医療機関
4 その他（　　）</td></tr>
<tr><td>予防接種費用＊</td><td colspan="3">1 本人負担　2 無料(滞在先の市区町村で負担する場合)</td></tr>
</table>

＊印の項目は、滞在先の市区町村にご確認の上、記載してください。