

山 口 市 長 様

予 防 接 種 依 頼 書 交 付 申 請 書

申請者住所 〒 -

山口市

氏 名

電話番号 () -

下記のとおり予防接種を受けることを希望いたしますので、予防接種実施規則及び予防接種要領に準じて接種依頼方よろしくお願いいたします。また、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、接種希望医療機関に情報提供することについて同意します。

記

①被接種者	住 所	※申請者と同じ場合は、「同上」と記入してください。 山口市		
	ふりがな		生年月日	年 月 日
②接種医療機関	氏 名		電話番号	- -
	名 称			
③予防接種の種類 ※該当するものに○印をしてください。	所在地			
	・五種混合	1 期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加		
	・小児用肺炎球菌	1回目・2回目・3回目・追加		
	・B型肝炎	1回目・2回目・3回目		
	・ロタウイルス感染症	1回目・2回目・3回目		
	・四種混合	1 期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加		
	・Hib（ヒブ）	1回目・2回目・3回目・追加		
	・BCG			
	・日本脳炎	1 期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期		
	・水痘	初回・追加		
	・麻しん風しん（MR）	1期・2期		
	・二種混合	2期		
	・三種混合	1 期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加		
	・ポリオ（不活化ポリオ）	1回目・2回目・3回目・追加		
	・子宮頸がん予防	1回目・2回目・3回目		
・インフルエンザ（高齢者）				
・新型コロナウイルス（高齢者）				
・成人用肺炎球菌				
④申請理由 ※該当するものに○印をしてください。	1 健康上継続的な治療や経過観察等が必要なため、契約外医療機関において予防接種を受ける者 2 母親の里帰り出産等の理由により県外に事実上居住する者 3 施設入所等の理由により県外に事実上居住する者 4 その他やむを得ない特別な理由があると市長が認める者			
⑤滞在场所	住 所	〒		
	世帯主名		電話番号	- -