様式第１号（第４条関係）

# 県外予防接種実施依頼書交付申請書

年　月　日

甲賀市長　あて

申請者　住所

氏名

（被接種者との続柄　　）

電話

下記のとおり、本市が実施する定期予防接種を滋賀県外で受けたいので、甲賀市県外予防接種費用助成金交付要綱第４条の規定により県外予防接種実施依頼書の交付を申請します。

記

| | |
|---|---|
| 予防接種を受けようとする者の氏名・住所・生年月日 | 氏　　名　：<br>住　　所　：　甲賀市<br>生年月日　：　　年　　月　　日生 |
| 実施医療機関名及び所在地 | |
| 滞在先住所 | |
| 本市で予防接種が受けられない理由 | □里帰り出産のため　　□かかりつけのため<br>□長期滞在のため<br>□その他（　　） |
| 依頼書の送付先 | 本市の住所　・　滞在先の住所（　　様方） |

| | | |
|---|---|---|
| 予防接種の種類 | □ロタウイルス | □Hib 感染症 |
| | □小児の肺炎球菌感染症 | □B 型肝炎 |
| | □BCG（結核） | □四種混合（ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ） |
| | □二種混合（ジフテリア・破傷風） | □麻しん風しん |
| | □水痘 | □日本脳炎 |
| | □子宮頸がん予防 | □季節性インフルエンザ |
| | □高齢者の肺炎球菌感染症 | □その他 |