予防接種実施依頼書交付願申請書

（宛先）金沢市長

下記のとおり、石川県外で予防接種を受けたいので、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

申請日		年　　月　　日
申請者【保護者】	郵便番号	－
	住所	金沢市
	氏名	

予防接種の種類	ロタウイルス	1回目	□	B型肝炎	1回目	□	
		2回目	□		2回目	□	
		3回目	□		3回目	□	
	Ｈｉｂ	1回目	□	四種混合（ｼﾞﾌﾃﾘｱ・百日咳・破傷風・不活化ﾎﾟﾘｵ）	1回目	□	
		2回目	□		2回目	□	
		3回目	□		3回目	□	
	小児用肺炎球菌	1回目	□	ＢＣＧ		□	
		2回目	□	その他			
		3回目	□				

被接種者	住所	金沢市	
	氏名		
	生年月日	年　　月　　日	
	滞在先	郵便番号	－
		住所	都道府県　市区郡　町村
			番地
			建物名、部屋番号
			方書　様方
保護者	氏名		電話番号　※日中連絡可能な電話番号

申請理由		□ 里帰り □ その他（　　）
予防接種を受ける	市区町村名	
	医療機関名	
	医療機関所在地	
依頼書交付枚数		依頼書は、原則すべてのワクチンをまとめて１枚で交付します。 １枚での交付以外を希望する場合は、交付枚数、方法を記入してください。 （　　）

以下は、滞在先の市町村に確認し、記入してください。

依頼書の宛名	□ 市町村長宛 □ 医療機関宛
依頼書の送り先	□ 市町村役場（金沢市から滞在先の市町村役場に直接送付） □ 滞在先の住所 □ 申請者の住所 □ その他（　　）

※ 滞在先の市町村によっては、自己負担が必要となる場合があります。