

## 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。

<b>申請日</b>	年 月 日	
<b>申請者 【保護者】</b>	<b>郵便番号</b>	—
	<b>住所</b>	金沢市
	<b>氏名</b>	

<b>予防接種の種類</b>	ロタウイルス	1回目	<input type="checkbox"/>	B型肝炎	1回目	<input type="checkbox"/>
		2回目	<input type="checkbox"/>		2回目	<input type="checkbox"/>
		3回目	<input type="checkbox"/>		3回目	<input type="checkbox"/>
	H i b	1回目	<input type="checkbox"/>	四種混合 <small>(ジフテリア・百日咳・ 破傷風・不活化ポリオ)</small>	1回目	<input type="checkbox"/>
		2回目	<input type="checkbox"/>		2回目	<input type="checkbox"/>
		3回目	<input type="checkbox"/>		3回目	<input type="checkbox"/>
	小児用肺炎球菌	1回目	<input type="checkbox"/>	B C G	<input type="checkbox"/>	
		2回目	<input type="checkbox"/>		その他	
		3回目	<input type="checkbox"/>			

<b>被接種者</b>	<b>住所</b>	金沢市					
	<b>氏名</b>						
	<b>生年月日</b>	年 月 日					
	<b>滞在先</b>	<b>郵便番号</b>	—				
		<b>住所</b>	都 道 市 区 町 村	府 県 郡			
			<b>番地</b>				
			<b>建物名、部屋番号</b>				
	<b>方書</b>	様方					
<b>保護者</b>	<b>氏名</b>			<b>電話番号</b>	※日中連絡可能な電話番号		

<b>申請理由</b>	<input type="checkbox"/> 里帰り <input type="checkbox"/> その他 ( )	
<b>予防接種を受ける</b>	<b>市区町村名</b>	
	<b>医療機関名</b>	
	<b>医療機関所在地</b>	
<b>依頼書 交付枚数</b>	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。

<b>依頼書の宛名</b>	<input type="checkbox"/> 市町村長宛 <input type="checkbox"/> 医療機関宛
<b>依頼書の送り先</b>	<input type="checkbox"/> 市町村役場 (金沢市から滞在先の市町村役場に直接送付) <input type="checkbox"/> 滞在先の住所 <input type="checkbox"/> 申請者の住所 <input type="checkbox"/> 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。

予防接種実施依頼書交付願申請書

記入例

(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	令和 3 年 1 月 10 日	
申請者 【保護者】	郵便番号	920 - XXXX
	住所	金沢市 ○○町XX番X号
	氏名	金沢 花子

予防接種の種類	ロタウイルス	1回目	<input checked="" type="checkbox"/>	B型肝炎	1回目	<input checked="" type="checkbox"/>
		2回目	<input checked="" type="checkbox"/>		2回目	<input checked="" type="checkbox"/>
		3回目	<input type="checkbox"/>		3回目	<input type="checkbox"/>
	H i b	1回目	<input checked="" type="checkbox"/>	四種混合 (ジフテリア・百日咳・ 破傷風・不活化ポリオ)	1回目	<input checked="" type="checkbox"/>
		2回目	<input checked="" type="checkbox"/>		2回目	<input type="checkbox"/>
		3回目	<input type="checkbox"/>		3回目	<input type="checkbox"/>
	小児用肺炎球菌	1回目	<input checked="" type="checkbox"/>	BCG	<input type="checkbox"/>	
		2回目	<input checked="" type="checkbox"/>		その他	
		3回目	<input type="checkbox"/>			

被接種者	住所	金沢市 ○○町XX番X号					
	氏名	金沢 太郎					
	生年月日	令和 2 年 12 月 1 日					
	滞在先	郵便番号	456 - 0789				
		住所	□□ 都府県	○○○ 市	△△ 町		
			番地	XX番X号			
			建物名、部屋番号	○○○ハイツ XXX号室			
方書	石川 様方						
保護者	氏名	金沢 花子		電話番号	090-XXXX-XXXX ※日中連絡可能な電話番号		

申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> 里帰り <input type="checkbox"/> その他 ( )	
予防接種を受ける	市区町村名	○○○市
	医療機関名	○△□病院
	医療機関所在地	□□県○○○市○○町XX番X号
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	<input type="checkbox"/> 市町村長宛 <input checked="" type="checkbox"/> 医療機関宛
依頼書の送り先	<input type="checkbox"/> 市町村役場 (金沢市から滞在先の市町村役場に直接送付) <input checked="" type="checkbox"/> 滞在先の住所 <input type="checkbox"/> 申請者の住所 <input type="checkbox"/> 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。