予防接種実施依頼書交付申請書

（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【被接種者が未成年のときは保護者】	郵便番号	－
	住所	金沢市
	氏名	

予防接種の種類		ＲＳウイルス感染症（母子免疫ワクチン）		
被接種者	住所	金沢市		
	氏名			
	生年月日	年　　月　　日		
	出産予定日	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（被接種者が未成年のとき）	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	
その他	依頼書は原則１枚で交付します。 １枚での交付以外を希望する場合は、理由、交付枚数、方法等を記入してください。 （　　）	

○内容を確認し、該当する場合はチェックしてください。（該当しない場合は、実施依頼書を交付できません。）

確認事項	□ 私は、今回の妊娠中に組換えＲＳウイルスワクチン（母子免疫ワクチン）を接種していません。

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（〒　　－　　）

※ 医療機関によっては、自己負担が生じる場合があります。

R8.3