

様式第1号（要綱第4条関係）

任意予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

佐野市長 様

申請者 住所
氏名
電話

次の理由により佐野市で実施する予防接種を受けることができません。
つきましては、次のとおり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。

理 由				
接 種 を 希 望 する 医 療 機 関	医療機関名			
	住 所			
被 接 種 者	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	フリガナ		性別	男・女
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	生年月日	年	月	日（満 歳）
予 防 接 種 の 種 類	<input type="checkbox"/> 帯状疱疹（生ワクチン） <input type="checkbox"/> 帯状疱疹（不活化ワクチン） （ <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目） <input type="checkbox"/> おたふくかぜ （ <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目） <input type="checkbox"/> 小児インフルエンザ（生後6月～13歳未満） （ <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目） <input type="checkbox"/> 小児インフルエンザ（13歳～中学3年生相当） ※インフルエンザの接種期間は10月～翌年3月末まで ※フルミスト（点鼻生ワクチン）は助成対象外です。			

備考 該当する□に✓を記入してください。

《記入例》

任意予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

佐野市長 様

被接種者がお子様の場合は
保護者の名前を書いてください

申請者 住所
氏名
電話

次の理由により佐野市で実施する予防接種を受けることができません。
つきましては、次の【例】の交付を申請します

実施依頼書

【例】
・〇〇の疾患により通院中であるため
・〇〇でかかりつけのため

理由				
接種を希望する医療機関	医療機関名			
	住所			
被接種者	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と	医療機関の所在地も記入してください ・県内は〇市 ・県外は〇県〇市〇〇番地	
	フリガナ			
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	性別	男・女
	生年月日	年	月	日 (満 歳)
予防接種の種類	<input type="checkbox"/> 帯状疱疹 (生ワクチン) <input type="checkbox"/> 帯状疱疹 (不活化ワクチン) (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目) <input type="checkbox"/> おたふくかぜ (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目) <input type="checkbox"/> 小児インフルエンザ (生後6月～13歳未満) (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目) <input type="checkbox"/> 小児インフルエンザ (13歳～中学3年生相当) ※インフルエンザの接種期間は10月～翌年3月末まで ※フルミスト(点鼻生ワクチン)は助成対象外です。			

備考 該当する□に✓を記入してください。