

※注意 定期予防接種実施依頼書は、接種の2週間前までこども家庭センターへ郵送してください。
宛先: 〒014-0027 秋田県大仙市大曲通町1-14 こども家庭センター宛
大仙市の費用助成額が上限となりますので、超えた場合は自己負担となります。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

定期予防接種実施依頼書交付申請書

大仙市長 様

申請者

氏名 大仙 太郎 (続柄: 父)

住所 大仙市○○○○1-1

電話番号 090-○○○○-○○○○

秋田県外で予防接種を受けるため、予防接種依頼書の交付を申請します。
なお、接種医療機関からは予防接種の実施について承諾を得ています。

日中連絡のとれる番号を記入

接種者	ふりがな 氏名	だいせん はなこ 大仙 花子	生年月日	大正 昭和 平成 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	
滞在先住所	〒 ○○○ - ○○○○ ○○ 都道府県 ○○ 区市町村 (書類等を郵送する際に使用しますので、 アパートの場合は、部屋番号までご記入ください)				
滞在予定期間	令和 ○○ 年 ○ 月 ○ 日 から ○○ 年 ○ 月 ○ 日まで				
予防接種の種類と申請理由 * 接種の種類と回数に○印をつけてください。	Hib感染症	1回目	2回目	3回目	追加
	小児用肺炎球菌	1回目	2回目	3回目	追加
	五種混合	1回目	2回目	3回目	追加
	四種混合	1回目	2回目	3回目	追加
	B型肝炎	1回目	2回目	3回目	
	ロタウイルス	1回目	2回目	3回目※5価のみ	
	BCG				
	麻しん風しん混合	1期	2期		
	水痘(水ぼうそう)	1回目	2回目		
	日本脳炎	1期初回(1回目)	1期初回(2回目)	1期追加	2期
	不活化ポリオ	1回目	2回目	3回目	追加
	二種混合				
	子宮頸がん	1回目	2回目	3回目	
	高齢者肺炎球菌				
	高齢者インフルエンザ				
申請理由	1. 母親の出産等で、県外の他市区町村に長期にわたり里帰りするため 2. 県外の病院に入院しているため 3. 大仙市に住所を置いたまま県外で生活しており、県外での医療機関で接種希望するため 4. その他 ()				
接種医療機関	医療機関名 ()	住所 〒 ○○○-△△△△ ○○県○○市××××1-1 (書類等を郵送する際に使用します)			電話番号 ○○○○-××-△△△△
依頼書送付先 * どちらかに○を付けて下さい	1. 大仙市住所 2. 滞在先住所				