

市川市予防接種依頼書交付申請書

申請日 年 月 日

市川市長 あて

申請者 住 所 _____

(フリガナ)

氏 名 _____

電話番号 _____

被接種者との続柄 _____

下記のとおり、他市町村において予防接種を希望しますので、依頼書の発行を申請します。

被接種者名	フリガナ		
※予防接種を受ける方の氏名			
生年月日	年 月 日 (歳 カ月)		
保護者氏名	(被接種者との続柄:)		
市川市の住所	市川市		
電話番号	() ※日中連絡のつく番号をご記入ください。		
申請理由			
予防接種の種類	<ul style="list-style-type: none"> ・ロタ(対象:R2.8.1以後に生れた方) 1回目・2回目・3回目(初回接種が、R2.10.1以降のものに限る。) ・ヒブ 初回(1・2・3)回目・追加免疫 ・小児用肺炎球菌 初回(1・2・3)回目・追加免疫 ・B型肝炎 1回目・2回目・3回目 ・4種混合 1期初回(1・2・3)回目・1期追加 ・三種混合 1期初回(1・2・3)回目・1期追加 ・不活化ポリオ 1期初回(1・2・3)回目・1期追加 ※希望する予防接種及び回数を○で囲んでください。 ・BCG ・麻しん風しん混合 1期・2期 ・水痘 1回目・2回目 ・日本脳炎 1期初回(1・2)回目・1期追加・2期 ・二種混合 ・子宮頸がん予防 1回目・2回目・3回目 ・流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) 		
滞在先住所	〒 (様方)		
接種医療機関名			
予防接種の予約日が決定している場合はご記入ください。(年 月 日)			
依頼書宛先	1. 市区町村長あて 2. 接種を受ける病院(医院等)長あて <small>※おたふくかぜの依頼先は、「2. 接種を受ける病院(医院)長あて」になります。</small>		
依頼書送付先	1. 現住所 2. 滞在先 3. その他()		

※必ずお読みください。

予防接種依頼書を郵送で受取り希望の方は、**返信用封筒(送付先記入、84円切手貼付)を同封し**、市川市保健センター-疾病予防課まで送付してください。 **〒272-0023 市川市南八幡4-18-8 市川市保健センター-疾病予防課**

なお、接種費用を実費でお支払いになった場合は、市川市が定める額を限度に払戻しを行いますので、接種終了後「市川市予防接種自己負担金交付金申請書兼請求書」に必要事項を記入し、医療機関発行の領収書(原本)、予診票の写し又は母子手帳の「予防接種の記録」頁の写しを添えて、郵送もしくは疾病予防課までご持参ください。(詳しくはWeb掲載)

受付日 年 月 日

受付職員()