様式第１号

令和　年　　月　　日

八　郎　潟　町　長　様

（申請者）住　所

　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 被接種者との関係

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号

予防接種実施依頼書交付申請書

八郎潟町遠隔地予防接種助成費支給要綱第５条第１項の規定に基づき、次の者が秋田県外において予防接種を実施したいので申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被接種者 | 住所  （※住民票） | 〒  八郎潟町 | | |
| フリガナ |  | 生年  月日 | 年　　月　　日  （満 　歳 　 ヶ月） |
| 氏　名 |  |
| 性別 | 男 　・　 女 |
| 保護者氏名  ※被接種者が申請者と  異なる場合 | |  | 電話  番号 |  |
| 予防接種等の種類  ※希望する予防接種に  ○をしてください | | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 五種混合 | 不活化ポリオ | 日本脳炎 | ＨＰＶ感染症 | | 四種混合 | 麻しん風しん混合 | 結核（ＢＣＧ） | 水痘 | | 三種混合 | 麻しん単独 | Ｈｉｂ感染症 | Ｂ型肝炎 | | 二種混合 | 風しん単独 | 小児用肺炎球菌 | ロタウイルス | | | |
| 滞在予定期間 | | 年　　　月　　　日　から　　　　年　　　月　　　日まで | | |
| 滞在先住所  及び電話番号 | | 〒  電話番号 | | |