

（宛先）桑名市長

申請者
住 所 桑名市
氏 名
（被接種者との続柄 ）
電話番号 （ ）

予防接種県外実施依頼申請書

予防接種を三重県外の医療機関で受たいので、桑名市予防接種県外接種費用助成事業要綱第 4 条の規定に基づき下記のとおり申請します。

記

ふりがな 被接種者氏名		生年月日	年 月 日
被接種者住所			
滞在先住所 電話番号	()		
保護者氏名			
予防接種の種類	<input type="checkbox"/> ロタウイルス（1・2・3 回目） <input type="checkbox"/> ヒブ（初回 1・2・3 回目、追加 1回） <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌（初回 1・2・3 回目、追加 1回） <input type="checkbox"/> B型肝炎（1・2・3 回目） <input type="checkbox"/> DPT-I PV（四種混合）（1期初回 1・2・3 回目、追加 1回） <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> MR（1・2 期） <input type="checkbox"/> 水痘（初回 1回目、追加 1回） <input type="checkbox"/> 日本脳炎（1期初回 1・2 回目、追加 1回・2期） <input type="checkbox"/> DT 2期 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防（1・2・3 回目） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
接種医療機関	名 称 所在地 電話番号		
申請理由			