様式第１号（第４条関係）

年　　月　　日

（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けたいので、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 申請者電話番号	（　　）		
保護者氏名			
予防接種の種類	□ロタウイルス（１・２・３ 回目） □ヒブ（初回 １・２・３ 回目、追加 １回） □小児用肺炎球菌（初回 １・２・３ 回目、追加 １回） □Ｂ型肝炎（１・２・３ 回目） □DPT-IPV-Hib（五種混合）（１期初回 １・２・３ 回目、追加 １回） □ＢＣＧ □ＭＲ（ １ ・ ２ 期） □水痘（初回 １回目、追加 １回） □日本脳炎（１期初回 １・２ 回目、追加 １回・ ２期 ） □ＤＴ ２期 □子宮頸がん予防（１・２・３ 回目） □RSウイルス母子免疫 □その他（　　）		
接種医療機関	名　称 所在地　　〒 電話番号		
申請理由			
事務処理欄			