

海老名市予防接種依頼申請書

年 月 日

海老名市長 殿

「申請者」は保護者（乳幼児の場合）、本人、家族（本人と原則同居所）で、助成金の振込先の方の名前で記入。

申請者 住所 海老名市中新田×××
氏名 海老名 花子
電話番号 046-235-7880

次のとおり予防接種を受けたいので、依頼書の発行を申請します。

被接種者 (予防接種を受ける人)	ふりがな 氏名	えびな たろう 海老名 太郎
	生年月日	令和2年 〇月 〇日 (満 歳 2月)

申請理由	<p>1 市の委託医療機関以外の医療機関に、(通院中・入院中 かかりつけ) のため。 ※ () 内の該当するものに〇印をつけてください。</p> <p>・医療機関名 <u>〇〇医院</u></p> <p>・所在地 <u>東京都〇〇区〇〇</u></p> <p>受診科名 _____ 主治医 <u>〇〇△△</u></p> <p>・病名 _____</p> <p>2 理由</p> <p><u>【例】里帰り先に長期滞在するため</u></p> <p><u>〇〇で入院中のため</u></p>
------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1には、里帰りの場合は、接種医療機関名を記入。入院(入所)中などの場合は、医療機関名(施設名)を記入。
2には、理由を記入。

連絡先	〒150-0000 住所 東京都〇〇区〇〇〇 △△方	電話 03(××××)〇〇〇〇
	期間 令和2年8月〇日 ~ 令和3年△月△日	

里帰り先等の連絡先を記入

里帰り等の場合は、予定の最大の期間を記入

予防接種の種類	5種混合1期 (1. 2. 3. 追加)	4種混合1期 (1. 2. 3. 追加)
	3種混合1期 (1. 2. 3. 追加)	麻しん1期 2期
	2種混合2期	風しん1期 2期
	急性灰白髄炎(ポリオ) (1. 2. 3. 追加)	日本脳炎1期 (1. 2. 追加). 2期
	麻しん・風しん混合1期 . 2期	BCG
	ヒブワクチン (1. 2. 3. 追加)	水痘(水ぼうそう) (1. 2)
	子宮頸がん予防ワクチン (1. 2. 追加)	小児用肺炎球菌ワクチン (1. 2. 3. 追加)
	ロタワクチン (1. 2. 3)	B型肝炎ワクチン (1. 2. 3)

接種する予防接種に〇をす