

別 記

様式第 1 号(第 4 条関係)

年 月 日

彦根市長 様

申請者 住所

氏名

(被接種者との続柄)

電話

彦根市県外等定期予防接種実施依頼書交付申請書

下記のとおり、彦根市が実施する定期予防接種を指定医療機関以外の医療機関で受けたいので、彦根市県外等定期予防接種費用助成金交付要綱第 4 条第 1 項の規定により彦根市県外等定期予防接種実施依頼書の交付を申請します。

記

接種を受ける者の住所・氏名・生年月日	住 所 氏 名 生年月日 年 月 日
定期予防接種の種類 (該当する項目に☑、 ワクチン名および回数 に○をしてください。)	☐ ロタウイルス感染症(ロタリックス・ロタテック) 1 回目・2 回目・3 回目 ☐ B型肝炎 1 回目・2 回目・3 回目 ☐ 小児の肺炎球菌感染症 1 回目・2 回目・3 回目・追加接種 ☐ 五種混合 1 期 1 回目・2 回目・3 回目・追加接種 ☐ 四種混合 1 期 1 回目・2 回目・3 回目・追加接種 ☐ H i b 感染症 1 回目・2 回目・3 回目・追加接種 ☐ B C G ☐ 麻しん風しん混合(MR) 1 期・2 期 ☐ 水痘 1 回目・2 回目 ☐ 日本脳炎 1 期 1 回目・2 回目・追加接種・2 期 ☐ 二種混合 ☐ ヒトパピローマウイルス感染症(サーバリックス・ガーダシル・シルガード 9) 1 回目・2 回目・3 回目 ☐ 高齢者の肺炎球菌感染症 ☐ 高齢者インフルエンザ ☐ 高齢者新型コロナウイルス感染症 ☐ 高齢者带状疱疹 ☐ その他 ()

定期予防接種を受ける 市町村・医療機関名・ 所在地	市町村名 医療機関名 〒 所在地
接種予定日 (今年度分のみ記載)	① 年 月 日 ② 年 月 日 ③ 年 月 日 ④ 年 月 日
接種を受ける者の現在の 滞在先の住所・電話	〒 住所 (様方) 電話
指定医療機関で定期予 防接種を受けられない 理由	☐ 出産、下宿等のため長期にわたり県外に滞在しているため ☐ 県外の児童養護施設、医療施設等に入所しているため ☐ かかりつけの医療機関が県外に存するため ☐ 災害その他やむを得ない理由により継続的に県外に居住しているため ☐ 両親が離婚調停中であることその他やむを得ない理由により県外に居住しているため ☐ その他 ()