

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 彦根市

氏名

(被接種者との続柄)

電話

彦根市県外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滋賀県外で受けたいので、彦根市県外定期
 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 彦根市 氏 名 生年月日 年 月 日
定期予防接種の種類	<input type="checkbox"/> ロタウイルス(ロタリックス・ロタテック) 1 回目・2 回目・3 回目 <input type="checkbox"/> ヒブ 1 回目・2 回目・3 回目・追加接種 <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 1 回目・2 回目・3 回目・追加接種 <input type="checkbox"/> B 型肝炎 1 回目・2 回目・3 回目 <input type="checkbox"/> 四種混合 1 期 1 回目・2 回目・3 回目・追加接種 <input type="checkbox"/> B C G <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合(MR) 1 期・2 期 <input type="checkbox"/> 水痘 1 回目・2 回目 <input type="checkbox"/> 日本脳炎 1 期 1 回目・2 回目・追加接種・2 期 <input type="checkbox"/> 二種混合 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防(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 <input type="checkbox"/> 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

