

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 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)	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> B 型肝炎 1 回目・2 回目・3 回目 <input type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌感染症 1 回目・2 回目・3 回目・追加接種 <input type="checkbox"/> 五種混合 1 期 1 回目・2 回目・3 回目・追加接種 <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"/> Hib 感染症 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"/> ヒトパ ^o ピ ^o ロ ^o マ ^o ウイルス感染症(サ ^o ハ ^o リ ^o ク ^o ス・ガ ^o ー ^o タ ^o シ ^o ル・シ ^o ル ^o カ ^o ー ^o ト ^o 9) 1 回目・2 回目・3 回目 <input type="checkbox"/> 高齢者の肺炎球菌感染症 <input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ <input type="checkbox"/> 高齢者新型コロナウイルス感染症 <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
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
彦根市で定期予防接種 を受けられない理由	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 県外の児童養護施設、医療施設等に入所しているため <input type="checkbox"/> かかりつけの医療機関が県外に存するため <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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理由により県外に居住しているため <input type="checkbox"/> その他 ()