

申請日 年 月 日

(宛先) 新潟市長

申請者 (被接種者本人または保護者)

フリガナ 氏名 (続柄)

予防接種実施依頼申請書

新潟県外に滞在している間に定期予防接種を受けるため、下記のとおり予防接種実施依頼書の発行を申請します。

記

被接種者氏名 (接種を受ける方)	フリガナ	生年月日	年 月 日
			(歳 か月)
住 所	〒	-	
	新潟市	区	
連絡先電話番号 (日中つながる番号)	自宅:	保護者氏名	接種を受ける方が未成年の場合に記入
	携帯:		
滞在先住所 滞在先電話番号	〒	-	
	電話:	(様方)	
滞在予定期間	年 月 日ごろ ~ 年 月 日ごろ		
滞 在 理 由	里帰り出産 ・ 長期療養 ・ 進学 ・ その他 ()		
該 当 す る も の に ☑	希望する 予防接種	ロタウイルス感染症	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 (ロタテック®のみ)
		B型肝炎	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目
		小児用肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加
		五種混合 (DPT-IPV-Hib)	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加
		二種混合 (DT)	<input type="checkbox"/> 1回目
		BCG	<input type="checkbox"/> 1回目
		麻疹・風しん (MR)	<input type="checkbox"/> 第1期 <input type="checkbox"/> 第2期
		水痘	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目
		日本脳炎	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 第2期
		ヒトパピローマウイルス	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目
		RSウイルス	<input type="checkbox"/> 1回目
		その他 (ワクチン名)	*接種回数をご記入ください。()
接種方法	<input type="checkbox"/> 個別接種 (各医療機関での接種) <input type="checkbox"/> 集団接種		
依頼書の 宛名	滞在先の市町村にご確認のうえ、必要な依頼先をすべてご記入ください。		
	<input type="checkbox"/> 接種する医療機関宛て (医療機関名 :)		
	<input type="checkbox"/> 滞在先の市町村長宛て (市町村名 :)		
依頼書の送付先	<input type="checkbox"/> 現住所 (自宅) <input type="checkbox"/> 滞在先		

※予防接種後に費用償還払いの手続きが必要です。ご不明な点は、お住まいの区の健康福祉課健康増進係へお問い合わせください。