

記入例

国分寺市指定外医療機関予防接種承認申請書兼依頼書発行願

申請日 令和6年10月1日

※文字の訂正は、二重線を引き訂正印を押してください。修正テープは不可です。

国分寺市指定外医療機関予防接種費用助成規則第5条第1項の規定に基づき、指定外医療機関での予防接種について、下記のとおり申請します。併せて、国分寺市指定外医療機関予防接種依頼書を発行願います。

また、この申請について、住民基本台帳等公簿の照合により住民登録状況を確認すること及び国分寺市が予防接種の結果報告を受けることについて同意します。

被接種者	住 所	東京都国分寺市 泉町2-3-8		電話 番号	042-321-1801
	フリガナ	コクブンジ タロウ	性別	生年月日	
	氏 名	国分寺 太郎	男・女	昭和34年9月1日 (65歳 か月)	
フリガナ		コクブンジ タロウ		被接種者との続柄	
申請者名 ※署名		国分寺 太郎		本人	
定期予防接種の種類		ロタウイルス (1回目・2回目・3回目) ヒ ブ (1回目・2回目・3回目・追加) 小児の肺炎球菌 (1回目・2回目・3回目・追加) B型肝炎 (1回目・2回目・3回目) 五種混合 (1回目・2回目・3回目・追加) 四種混合 (1回目・2回目・3回目・追加) 三種混合 (1回目・2回目・3回目・追加) ポ リ オ (1回目・2回目・3回目・追加) B C G			
希望する定期予防接種に ○印をつけてください。		水痘 (1回目・2回目) 麻しん風しん混合 (一期・二期) 日本脳炎一期 (1回目・2回目・追加) ・ 日本脳炎二期 二種混合 ・ 子宮頸がん (1回目・2回目・3回目) 高齢者肺炎球菌 ・ 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			
依頼書は、1年以内に受け られる予防接種について 発行します。					
接種希望医療機関		医療機関名	〇〇クリニック 電話：〇〇〇(×××) △△△△		
		所在地	▲▲県●●市◆◆町		
上記医療機関での接種を 希望する理由		かかりつけ医のため。			
接種開始希望日		令和 6 年 11 月 1 日			

依頼書等の送付先について、以下のいずれかを選択してください(□にレを記入)。宛名は申請者様宛とします。

□被接種者住所	マンション名(施設名)・部屋 番号までお書きください。
☑その他の住所(以下に御記入ください) 〒▼▼▼-▼▼▼▼ ▲▲県●●市◆◆町2-2-2 ◆◆町ビル101号室	
※送付先の世帯の名字が異なる場合は「〇〇方」を、施設に入所している場合は施設名を明記してください。	