

予防接種実施依頼書交付申請書【HPV ワクチンキャッチアップ接種用】

令和 年 月 日

米子市長様

申請者 被接種者が18歳未満の場合は保護者が記入してください。

住所 _____

氏名 _____ (印)

※申請者氏名を自署する場合には、押印を省略することができます。

〈続柄 〉

電話 _____

下記のとおり予防接種を受けたいので、予防接種実施依頼書を交付していただきたく、申請いたします。

被接種者 (接種を受ける方)	住民票のある住所	〒 _____ 米子市
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
滞在先	〒 _____ 電話 (日中連絡がとれる番号) : _____ (_____ 様方)	
依頼理由	<input checked="" type="checkbox"/> を記入し、必要時、理由を記載してください <input type="checkbox"/> 疾病による入院または通院 <input type="checkbox"/> やむを得ない事情で住民票の異動ができない <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
依頼する予防接種 該当するものに○印をつけてください	子宮頸がん (HPV) : 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目	
接種場所	住 所 : _____ 電 話 : _____ 医療機関名 : _____	
接種期間 実施依頼書の有効期間になります	接種開始 : 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 接種終了 : 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
実施依頼書の宛名	滞在先の自治体にご確認のうえ、 <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください。 <input type="checkbox"/> 市区町村長 <input type="checkbox"/> 接種医療機関の長	
実施依頼書の受け取り方法	<input checked="" type="checkbox"/> を記入してください。 <input type="checkbox"/> 窓口受け取り <input type="checkbox"/> 郵送にて受け取り ➡ 送付先 : <input type="checkbox"/> 申請者住所 <input type="checkbox"/> 滞在先住所 <input type="checkbox"/> 実施医療機関 <input type="checkbox"/> 滞在先市区町村の担当部署	

同意確認欄	<p>この申請により発行された予防接種実施依頼書を紛失された場合や、申請内容に変更が生じた場合 (接種期間や接種場所等) は再度申請が必要となります。</p> <p>上記をご確認いただけましたら<input checked="" type="checkbox"/>をお願いいたします。 → <input type="checkbox"/> 確認しました</p>
-------	--

【添付書類】 ①または②の添付書類を合わせてご提出ください。

- ① 母子健康手帳の写し : 出生届済証明と「予防接種の記録」のすべてのページ。「その他の予防接種」(任意接種の記録)に、医療機関等の様式で履歴が複数貼付してある場合は、そちらの写しも必要です。
- ② 予防接種実施証明書等の写し : 過去の接種履歴がわかるもの。