

予防接種実施依頼書発行申請書

野々市市長 宛

申請者(保護者)

〒 921 - 8825

住 所 野々市市三納三丁目128番地

氏 名 野々市 椿

電話番号 076-248-3511

※平日の日中連絡可能な電話番号を記入

次の理由により、石川県外で予防接種を受けたいので、接種医療機関あて予防接種実施依頼書の発行を申請します。

申請理由	☒ 長期里帰りのため ☐ その他 ※()内に具体的な理由を記入 ()	
被接種者 ※	住 所	〒 - ☒ 申請者と同じ
	氏 名	野々市 太郎
	生年月日	令和 6 年 6 月 1 日 (0)歳(2)か月
	滞在先住所 (方書)	〒 ◆◆◆ - ■■■■ 東京都△△区●●-□□
		(上林)様方
	滞在予定	(令和6年11月)頃まで
希望する 予防接種の種類 (希望する種類にチェックし、 回数は○で囲んでください)	☒ 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
	☐ Hib	1回目・2回目・3回目・追加
	☒ 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
	☐ BCG	
	☐ MR	I 期 ・ II 期
	☐ 水痘	1回目・2回目
	☐ 日本脳炎	1回目・2回目・追加
	☒ ロタ	1回目・2回目・3回目
予防接種を受ける 医療機関 (実施依頼書の宛先)	住 所	〒 ◆◆◆ - ■■■■ 東京都▲▲区●●-□□●●
	医療機関名	●●●●小児科医院
	電話番号	▲▲-●●●●-◆◆◆◆

※予防接種日において、0歳から7歳5か月までの者

※予防接種日かつ助成申請日において本市に住所を有する者