様式第１号（第５条関係）

南国市委託外医療機関等における予防接種依頼書交付申請書

南国市長　様

委託外医療機関等で予防接種を受けたいので、南国市委託外医療機関等における予防接種の接種費用助成金交付要綱第５条第１項の規定により、次のとおり依頼書の交付を申請します。

※該当する□に✓をすること。

申請日	年　月　日

申請者	ﾌﾘｶﾞﾅ		接種希望者との関係	※接種希望者から見た関係を記入してください。
	氏名	印 （本人自筆の場合は押印不要）		
	住所	南国市		
	電話番号	※連絡のとれる番号を記入してください。		
接種希望者	ﾌﾘｶﾞﾅ		生年月日	年　月　日
	氏名	※接種希望者が申請者本人の場合は「同上」でもかまいません。		
	住所	南国市 ※被接種者が申請者本人の場合又は申請者と同じ住所の場合は「同上」でもかまいません。		
滞在先住所				
接種予定場所（医療機関等名）		□　記入した医療機関等が本市からの依頼に基づく接種が可能であることを確認しました		
委託外医療機関等で接種する理由		□　高知県外に滞在している（滞在理由：　　） □　高知県外の医療機関又は施設に入院又は入所をしている □　その他（　　）		
依頼書の宛名		□　市区町村長　□　病院長　□　その他（　　） □　選択した宛名について滞在先市区町村に確認しました		
依頼書送付先		□　南国市の住所　□　滞在先の住所（　　様方）		
希望する予防接種の種類		□　ロタウイルス　→　□１回目　□２回目　□３回目 □　Ｂ型肝炎　→　□１回目　□２回目　□３回目 □　ヒブ（Ｈｉｂ）　→　□１回目　□２回目　□３回目　□追加 □　小児肺炎球菌　→　□１回目　□２回目　□３回目　□追加 □　４種混合【１期】　→　□１回目　□２回目　□３回目　□追加 □　５種混合【１期】　→　□１回目　□２回目　□３回目　□追加 □　ＢＣＧ □　麻しん・風しん混合（ＭＲ）　→　□１期　□２期 □　水痘（みずぼうそう）　→　□１回目　□２回目 □　日本脳炎　→　□１期１回目　□１期２回目　□追加　□２期 □　２種混合（ＤＴ）【２期】 □　子宮頸がん（ＨＰＶ）　→　□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		