

三島市定期予防接種実施依頼申請書

年 月 日

三島市長 様

住 所
 申請者 氏 名
 電話番号
 対象者との続柄

静岡県外の医療機関で定期予防接種を受けたいので、次のとおり申請します。

申請理由	1 長期にわたり療養を必要とする疾病のため、静岡県外の医療機関を受診している 2 母親の里帰り出産等で県外に滞在する 3 ドメスティックバイオレンス又は児童虐待の行為から逃れるため、静岡県外に事実上居住している 4 静岡県外の福祉施設に入所している 5 その他（ ）				
対象者	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	生年月日	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	年 月 日	年齢	歳 か月
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	三島市		
A類疾病定期接種 (希望する 予防接種に○)	ロタウイルス（1・2・3） 小児用肺炎球菌（1・2・3・4） B型肝炎（1・2・3） 5種混合（1・2・3・4） 4種混合（1・2・3・4） ヒブ（1・2・3・4） BCG 水痘（1・2） 日本脳炎（1期 1・2・追 2期） MR（1期 2期） 2種混合 子宮頸がん（1・2・3） その他（ ）				
B類疾病定期接種 (希望する予防接種に○)	高齢者用肺炎球菌 高齢者インフルエンザ 新型コロナウイルス				
医療機関	名 称				
	所 在 地				
	電話番号				
滞 在 先	世帯主氏名 (施設名称)				
	住 所				
	電話番号				