

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	(ふりがな) 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) B型肝炎 (1・2・3) 4種混合 (1・2・3・4) BCG 水痘 (1・2) MR (1期 2期) 2種混合 その他 ()	小児用肺炎球菌 (1・2・3・4) 5種混合 (1・2・3・4) ヒブ (1・2・3・4) 日本脳炎 (1期 1・2・追 2期) HPV感染症 (1・2・3)			
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 新型コロナウイルス	高齢者インフルエンザ 帯状疱疹 (1・2)			
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				