

様式第4号の1 (第8条関係)

予防接種依頼書交付申請書

年 月 日

四條畷市長 宛

申請者 住所  
電話  
氏名  
(被接種者との続柄 )

次の理由により、四條畷市が実施する予防接種法に基づく予防接種を他市区町村で受けますので、依頼書を交付していただきますよう申請します。

被接種者	住 所	四條畷市	
	フリガナ		
	氏 名		
	生年月日	年	月
他市で接種する理由 (あてはまるものに ☑)	<input type="checkbox"/> 出産等による里帰り <input type="checkbox"/> 疾病による入院または通院 (医療機関名 ) <input type="checkbox"/> 施設入所中 (施設名 ) <input type="checkbox"/> その他 (理由 )		
滞在先住所 (または依頼書送付先)	〒 ( 様方)		
接種医療機関名 及び所在地	医療機関名 : 所在地 : 〒		
予防接種の種類 (希望する接種 項目に○をつけ てください)	ヒブ	初回 (1回目・2回目・3回目) 追加	
	小児用肺炎球菌	初回 (1回目・2回目・3回目) 追加	
	B型肝炎	1回目 2回目 3回目	
	ロタウイルス	1回目 2回目 3回目	
	五種混合	1期初回 (1回目・2回目・3回目) 1期追加	
	四種混合	1期初回 (1回目・2回目・3回目) 1期追加	
	三種混合	1期初回 (1回目・2回目・3回目) 1期追加	
	不活化ポリオ	初回 (1回目・2回目・3回目) 追加	
	BCG		
	麻しん風しん(MR)	1期 2期	
	水痘	1回目 2回目	
	日本脳炎	1期初回 (1回目・2回目) 1期追加 2期	
	二種混合2期		
	子宮頸がん	1回目 2回目 3回目	
高齢者インフルエンザ ※自己負担免除者は☑ ➡	<input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳1・2級 <input type="checkbox"/> 療育手帳A <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳1級 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯		
高齢者肺炎球菌 ※自己負担免除者は☑ ➡	<input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳1・2級 <input type="checkbox"/> 療育手帳A <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳1級 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯		
新型コロナウイルス ※自己負担免除者は☑ ➡	<input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳1・2級 <input type="checkbox"/> 療育手帳A <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳1級 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯		