

様式第1号（第4条関係）

養老町契約外医療機関等定期予防接種実施申請書

年 月 日

養老町長 あて

申請者
住所
氏名
(被接種者との続柄)
電話番号

養老町と委託契約を締結した医療機関又は施設で予防接種を受けることができないため、養老町契約外医療機関等定期予防接種事業実施要綱第4条第1項の規定に基づき、次のとおり申請します。

| | | | |
|----------------|--|---------------|-----|
| 被接種者 | ふりがな 氏 名 | | 男・女 |
| | 生年月日 | 年 月 日 (歳 か月) | |
| 滞 在 先 (連絡先) | 住 所 | | |
| | 氏名又は名称 | | |
| | 電 話 番 号 | | |
| 滞在期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | |
| 申請理由 | <input type="checkbox"/> 契約外医療機関等にかかりつけ医がいるため <input type="checkbox"/> 母親の出産等のため、長期にわたり町外に滞在しているため <input type="checkbox"/> 契約外医療機関等に長期入院・入所しているため <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| 予防接種 の種類 | <input type="checkbox"/> ロタウイルス感染症予防接種 <input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌予防接種 <input type="checkbox"/> B型肝炎予防接種 <input type="checkbox"/> 五種混合（ジフテリア・百日せき・破傷風・不活化ポリオ・ヒブ）予防接種 <input type="checkbox"/> BCG予防接種 <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合予防接種 <input type="checkbox"/> 水痘予防接種 <input type="checkbox"/> 日本脳炎予防接種 <input type="checkbox"/> 二種混合（ジフテリア・破傷風）予防接種 <input type="checkbox"/> ヒトパピローマウイルス感染症予防接種 <input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ予防接種 <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症予防接種 <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌予防接種 <input type="checkbox"/> 帯状疱疹予防接種 <input type="checkbox"/> RSウイルス感染症予防接種 <input type="checkbox"/> () | | |