相互乗入れ予防接種依頼書発行申請書

島田市長

下記の理由により相互乗入れ予防接種依頼書の発行を申請します。

相互乗入れを利用する理由（あてはまるものに〇）

1. 島田市以外にかかりつけ医がいるため
2. 母親が出産等で、接種を受けるこどもを連れて島田市以外の市町村に長期にわたり里帰りするため
3. 島田市以外の市町村に事実上居住しているため
4. 島田市以外の施設に入所しているため
5. その他（理由：　　）

こどもの氏名	フリガナ 男　・　女
住　所	〒42　－ 島田市
電　話	
生年月日	年　　月　　日
予防接種の種類	● ヒブ（１回目・２回目・３回目・追加） ● 小児用肺炎球菌（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（１回目・２回目・３回目）※ロタリックス（１価）の場合は、２回接種になります。 ● ＢＣＧ ● 不活化ポリオ単独（１回目・２回目・３回目・追加） ● ＭＲ混合　１期・２期 ● 水痘（１回目・２回目） ● 五種混合　１期（１回目・２回目・３回目・追加） ● 四種混合　１期（１回目・２回目・３回目・追加） ● 三種混合　１期（１回目・２回目・３回目・追加） ● 二種混合　２期 ● 日本脳炎　１期（１回目・２回目・追加）・２期 ● 子宮頸がん（１回目・２回目・３回目） ● その他（麻しん・風しん・二種混合/　　期　　回）
接種を受ける医療機関名 住　　所	
（あてはまる方に〇）　依頼書ができたら（　郵送希望　・　取りに来ます　）	

＊上記以外の予防接種は、相互乗入れの対象ではありません。

＊依頼書の有効期限が 3 か月のため、3 か月以内に接種できる予防接種に〇をつけてください。

年　　月　　日

申請者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

被接種者との続柄＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿