

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○）

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	<ul style="list-style-type: none"> ● 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） <small>※ロタリックス（1価）の場合は、2回接種になります。</small> ● 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・5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） ● RSウイルス
	● 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○） 依頼書ができたなら（ 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○をつけてください。**

年 月 日

申請者氏名 _____

被接種者との続柄 _____