

定期予防接種実施依頼書交付申請書

令和 年 月 日

岡山市長 様

申請者

住 所

氏 名

被接種者との関係(本人・父母・後見人・)

電話番号 — —

岡山市の委託医療機関以外の医療機関で定期予防接種を受けたいので、岡山市定期予防接種費用助成事業実施要綱第 5 条の規定に基づき、下記のとおり定期予防接種の実施にかかる依頼書の交付を申請します。

記

被 接 種 者	住所(住民登録地)	
	フリガナ	
	氏 名	
	生 年 月 日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日
	居所等(滞在先、 入院・入所先など)	〒 ー 方書等()
委託医療機関で 接種ができない理由		
接種を希望する場所等		接種を希望する地域(〇〇市内等)・医療機関がある場合は記入してください。
予防接種の種類 (希望する予防接種の 種類、期又は回数に ○印をしてください。 また、表示がない予 防接種については、そ の他欄に記入してく ださい。)		●ヒブ(インフルエンザ菌 b 型)：Ⅰ期 1・2・3 回目、Ⅰ期追加 ●小児用肺炎球菌：Ⅰ期 1・2・3 回目、Ⅰ期追加 ●B 型肝炎：Ⅰ期 1・2・3 回目 ●四(三・二)種混合：Ⅰ期 1・2・3 回目、Ⅰ期追加 ●ポリオ：Ⅰ期 1・2・3 回目、Ⅰ期追加 ●BCG ●MR(麻しん・風しん)：Ⅰ期、Ⅱ期 ●水痘 1・2 回目 ●日本脳炎：Ⅰ期 1・2 回目、Ⅰ期追加、Ⅱ期 ●二種混合：Ⅱ期 ●子宮頸がん(サーバリックス・ガーダシル)：1・2・3 回目 ●高齢者インフルエンザ ●高齢者肺炎球菌 ●その他の定期予防接種()