

高山市予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

(あて先) 高山市長

申請者 住所

氏名

印※

被接種者との続柄 ()

電話

(※氏名を自署する場合は押印不要)

下記の理由により、予防接種を高山市外の医療機関で受けたいので、高山市予防接種実施依頼書の発行を申請します。

ふ り が な 被 接 種 者 氏 名	
生 年 月 日	
住 所	高山市
連 絡 先 (電 話 番 号)	
保 護 者 氏 名 (小 児 の 場 合)	
予 防 接 種 の 種 類 ※希望する 予防接種を ○で囲んで ください。	定 期 の 予 防 接 種 (1) ロタウイルス感染症 { 1回・2回・3回 } (2) B型肝炎 { 初回1回・初回2回・追加 } (3) Hib (ヒブ) 感染症 { 初回1回・初回2回・初回3回・追加 } (4) 小児の肺炎球菌感染症 { 初回1回・初回2回・初回3回・追加 } (5) 四種混合 { 第1期 (初回1回・初回2回・初回3回・追加) } (6) ポリオ { 第1期 (初回1回・初回2回・初回3回・追加) } (7) 二種混合 (8) BCG (9) 麻しん・風しん { 第1期・第2期 } (10) 水痘 { 1回・2回 } (11) 日本脳炎 { 第1期 (初回1回・初回2回・追加) ・第2期 } (12) ヒトパピローマウイルス感染症 (子宮頸がん予防) { 1回・2回・3回 } (13) 高齢者インフルエンザ (14) 高齢者の肺炎球菌感染症
滞 在 先 住 所 連 絡 先	〒 様方 (電話)
滞 在 期 間	
希 望 す る 市 町 村 接 種 医 療 機 関 名	_____ 都・道・府・県 _____ 市・町・村 医療機関名 医療機関住所 医療機関電話番号
希 望 す る 理 由	

(注意) 医療機関の窓口で接種費用を支払っていただいた後、市で定める接種料を上限として費用を助成することとなります。