

別記様式第3号(3-(2)関係)

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  
被接種者との続柄 ( )  
電話

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) 小児の肺炎球菌感染症 { 初回1回・初回2回・初回3回・追加 } (4) 五種混合 { 第1期(初回1回・初回2回・初回3回・追加) } (5) 二種混合 (6) BCG (7) 麻しん・風しん { 第1期・第2期 } (8) 水痘 { 1回・2回 } (9) 日本脳炎 { 第1期(初回1回・初回2回・追加)・第2期 } (10) 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 } (11) RSウイルス感染症
滞在先住所	〒 様方
連絡先	(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。