

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) 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) 五種混合 { 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 }
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。