年　　月　　日

行政措置予防接種実施依頼書交付申請書

竹田市長　土居　昌弘　様

　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（被接種者との続柄　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　電話番号

　下記のとおり、市外での予防接種を希望しますので、行政措置予防接種実施依頼書の交付を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被接種者  (接種を受ける人) | 氏　　名 |  |
| 住　　所 |  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 保護者名 |  | |
| 滞在先住所 | ※諸事情で市外にお住まいの場合はご記入ください。  〒  　　　　　　　　　　　電話番号 | |
| 行政措置予防接種の種類  【該当する種類に○をつける】 | １　流行性耳下腺炎  ２　風疹（Ⅰ期　Ⅱ期）  ２　三種混合（就学前）  ３　不活化ポリオ（就学前）  ４　麻しん・風しん（Ⅰ期） | |
| 市外実施医療機関住所・名称 | 〒 | |
| 依頼する理由 | １ 難病指定等を受けており、市外専門医療機関で予防接種を行う必要があるため。  ２ かかりつけ医療機関が市外のため  ３ その他( ） | |
| 依頼書送付先  住所 | １　申請者住所に同じ　　　　２　被接種者住所に同じ  ３　滞在地住所に同じ  ４　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |