

様式第 1 号（第 4 条関係）

定期予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

（宛先）白山市長

申請者 住 所
氏 名

（署名又は記名押印）

電話番号

白山市定期予防接種費助成事業実施要綱第 4 条の規定により、定期予防接種実施依頼書の交付を受けたいので申請します。

なお、この申請の審査に必要な範囲で、世帯員の住民登録等の調査を行うことに同意します。また、予防接種について必要な情報（疾病の状況等）があるときは、白山市長がその情報を関係医療機関に問い合わせること及び接種医療機関に提供することに同意します。

被 接 種 者	ふりがな		生 年	年 月 日
	氏 名		月 日	（満 歳 か月）
	滞在先住所	〒 - 様方		
理 由	<input type="checkbox"/> 里帰り出産のため <input type="checkbox"/> その他（具体的に御記入ください。） <p style="text-align: right;">年 月 日頃まで滞在予定</p>			
予 防 接 種 の 種 類	<input type="checkbox"/> ロタウイルス（ <input type="checkbox"/> 1回目 ・ <input type="checkbox"/> 2回目 ・ <input type="checkbox"/> 3回目 ） <p style="text-align: center;">※令和 2 年 8 月 1 日生以降の者に限る。</p> <input type="checkbox"/> ヒブ（ <input type="checkbox"/> 1回目 ・ <input type="checkbox"/> 2回目 ・ <input type="checkbox"/> 3回目 ・ <input type="checkbox"/> 追加 ） <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌（ <input type="checkbox"/> 1回目 ・ <input type="checkbox"/> 2回目 ・ <input type="checkbox"/> 3回目 ・ <input type="checkbox"/> 追加 ） <input type="checkbox"/> B型肝炎（ <input type="checkbox"/> 1回目 ・ <input type="checkbox"/> 2回目 ・ <input type="checkbox"/> 3回目 ） <p style="text-align: center;">※平成 28 年 4 月 1 日生以降の者に限る。</p> <input type="checkbox"/> 4種混合 1期初回（ <input type="checkbox"/> 1回目・ <input type="checkbox"/> 2回目・ <input type="checkbox"/> 3回目）・ <input type="checkbox"/> 1期追加 <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> その他（ ）※記入してください。			
接 種 医 療 機 関	名 称			
	所 在 地			

滞在先市区町村に問い合わせ、下記について確認し、該当する方に○をつけてください。
 里帰り等により滞在先に滞在中の方に対し、予防接種の費用助成を（している ・ していない）