様式第１号（第３条関係）

予防接種実施依頼書交付申請書

みなかみ町長　様

定期予防接種を群馬県内相互乗り入れ予防接種協力機関以外で実施したく、下記のとおり申請します。

年　　月　　日

申請者	住所　〒（　　－　　） みなかみ町 電話番号（　　）		
	氏名		被接種者 との続柄
予防接種を受ける者（被接種者）	住所　〒（　　－　　） みなかみ町 電話番号（　　）		
	氏名（ふりがな）	性別 男・女	保護者名
	生年月日　　年　　月　　日（満　　歳　　か月）		
	滞在先住所　〒（　　－　　）　　（　　様方）		
	滞在予定期間 年　　月　　日から　　年　　月　　日		
予防接種の種類	□ B型肝炎　（1回目・2回目・3回目） □ 四種混合　（1回目・2回目・3回目・追加） □ 三種混合　（1回目・2回目・3回目・追加） □ 二種混合 □ 麻しん風しん（1期・2期） □ 麻しん　（1期・2期） □ 風しん　（1期・2期） □ 日本脳炎　第1期（1回目・2回目・追加） □ 日本脳炎　第2期	□ BCG □ 不活化ポリオ　（1回目・2回目・3回目・追加） □ 子宮頸がん予防（1回目・2回目・3回目） □ Hib感染症　（1回目・2回目・3回目・追加） □ 小児用肺炎球菌（1回目・2回目・3回目・追加） □ 水痘　（1回目・2回目） □ ロタリックス　（1回目・2回目） □ ロタテック　（1回目・2回目・3回目）	
理由	□　長期滞在のため（病気・出産） □　入院（入所）中のため □　かかりつけ医のため □　その他（　　）		
予防接種依頼先	医療機関名		
	住所　〒（　　－　　）		
注意事項	・予防接種実施依頼書は、万一健康被害が生じた場合、予防接種法第１５条に基づき本町が責任を持って措置することを証明するものです。 ・接種費用について自己負担が生じた場合、後日、みなかみ町に申請していただくことで、接種費用の一部又は全額を償還いたしますので、領収書及び内訳書の原本を必ず保管してください。なお、償還申請期間は、定期予防接種を接種された翌日から１年以内ですので、ご注意ください。		