様式第４号(第８条関係)

広域的予防接種申請書

（　予防接種実施依頼書　）

年　　月　　日

大槌町長　　様

申請者　　（被接種者との続柄　　）

連絡先

下記の理由により、他市町村において予防接種を希望するので、予防接種実施依頼書の交付を申請します。　**※接種前に申請して下さい。**

被接種者氏名	（　　年　　月　　日生）※和暦	
住　　所	〒　　－ 大槌町 （℡　　－　　－　　）※日中に連絡の取れる電話番号	
滞在先住所	〒　　－ （℡　　－　　－　　）※日中に連絡の取れる電話番号	
滞在期間	年　月　日　～　年　月　日　※予定も含む	
接種希望医療機関	都・道・府・県　　市・町・村 医療機関名：　　電話番号：	
希望する予防接種	A類疾病	※□にはチェック、【 】には該当するものに○をつけてください。 □　RSウイルス □　ロタウイルス　【1価・5価】/【 1回目・2回目 】 □　B型肝炎　【 1回目・2回目・追加】 □　ヒブ　【 初回1回目・初回2回目・初回3回目・追加 】 □　小児肺炎球菌　【 初回1回目・初回2回目・初回3回目・追加 】 □　四種混合　【 初回1回目・初回2回目・初回3回目・追加 】 □　BCG □　水痘　【 1回目・2回目 】 □　麻しん風しん混合(MR)　【 1期・2期 】 □　日本脳炎1期　【 初回1回目・初回2回目・追加 】 □　日本脳炎2期 □　二種混合　【 2期 】 □　子宮頸がん　【9価】/【 1回目・2回目・3回目 】 □　五種混合　【 初回1回目・初回2回目・初回3回目・追加 】 □　RSウイルス
	B類疾病	□　高齢者肺炎球菌 □　高齢者インフルエンザ □　新型コロナウイルス □　帯状疱疹　【1回目・2回目】
広域的予防接種を希望する理由	□　かかりつけ医又は主治医が住所地市町村外の県内にいる。 □　母親の出産や施設入所等の理由により、住所地市町村外の県内に長期滞在している。 □　その他やむを得ない事情により住所地市町村外で定期の予防接種を受けることが困難である。 □　上記以外（　　）	
書類送付先	□　滞在先住所(入院及び入所地等) □　その他　〒　　－ （　　様方）	

※町記入欄	
□　大槌町広域的予防接種事業 □　大槌町広域的予防接種事業(償還払い)	No：

見本

広域的予防接種申請書

（　予防接種実施依頼書　）

年　　月　　日

大槌町長　　様

申請者　大槌　太郎　（被接種者との続柄　長男　）

連絡先　●●●―▲▲▲▲―■■■■

下記の理由により、他市町村において予防接種を希望するので、予
します。　**※接種前に申請して下さい。**

↑申請者が施設担当者等の場合は、被接種者家族の同意を得たうえで、「担当：〇〇」とご記入下さい。

被接種者氏名	オオツチ　ハナコ 大槌　花子　（　〇年　〇〇月　〇〇日生）※和暦
住　　所	〒　　ー 大槌町　上町１－３ （TEL　●●●―▲▲▲▲―■■■■）※日中に連絡の取れる電話番号
滞在先住所	〒〇〇〇－〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇番〇号　介護老人保健施設　〇〇〇 （TEL●●●―▲▲▲▲―■■■■）※日中に連絡の取れる電話番号
滞在期間	〇年 〇月 〇日　～　〇年 〇月 〇日　※予定も含む
接種希望医療機関	〇〇 都・道・府・(県)　〇〇 (市)・町・村 医療機関名：〇〇医院（または入所先）　電話番号：●●―▲▲―■■
希望する予防接種	※□にはチェック、【 】には該当するものに〇をつけてください。 A類疾病 □ ロタウイルス　【１価・５価】/【 １回目・２回目 】 □ Ｂ型肝炎　【 １回目・２回目・追加】 □ ヒブ　【 初回１回目・初回２回目・初回３回目・追加 】 □ 小児肺炎球菌　【 初回１回目・初回２回目・初回３回目・追加 】 □ 四種混合　【 初回１回目・初回２回目・初回３回目・追加 】 □ ＢＣＧ □ 水痘　【 １回目・２回目 】 □ 麻しん風しん混合(MR)　【 １期・２期 】 □ 日本脳炎１期　【 初回１回目・初回２回目・追加 】 □ 日本脳炎２期 □ 二種混合　【 ２期 】 □ 子宮頸がん　【９価】/【 １回目・２回目・３回目 】 □ 五種混合　【 初回１回目・初回２回目・初回３回目・追加 】 □ ＲＳウイルス B類疾病 □ 高齢者肺炎球菌 □ 高齢者インフルエンザ □ 新型コロナウイルス ☑ 帯状疱疹　【(1回目)・(2回目)】
広域的予防接種を希望する理由	□ かかりつけ医又は主治医が住所地市町村外の県内にいる。 ☑ 母親の出産や施設入所等の理由により、住所地市町村外の県内に長期滞在している。 □ その他やむを得ない事情により住所地市町村外で定期の予防接種を受けることが困難である。 □ 上記以外（　　）
書類送付先	☑ 滞在先住所(入院及び入所地等) □ その他　〒　ー （　　様方）