

予 防 接 種 実 施 依 頼 書 交 付 申 請 書

年 月 日

(宛先) 旭川市長

申請者	住 所
	氏 名 (必ず申請者本人が自署してください。)
	電話番号 (日中に御連絡の取りやすい番号をお願いします。)

やむを得ない理由により、旭川市において定期の予防接種を受けることが困難なため、以下の注意事項を確認した上で、次のとおり予防接種実施依頼書の交付を申請します。

注意事項

- ・接種開始時期や接種間隔が満たない場合などは定期の予防接種となりません（費用が全額自己負担となります）。
- ・予防接種実施依頼書が使用できるのは、接種を受ける方の住民登録が旭川市ある間に限ります。
- ・本申請書の内容を接種を希望する医療機関や滞在先市区町村にお伝えする場合があります。

(フリガナ) 被接種者氏名		生年月日	年 月 日
保護者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ () -
住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒 - 北海道旭川市		
依 頼 す る 予 防 接 種 名	(記載した予防接種の中で始めの接種予定日： 年 月 日) (記入例：B型肝炎 1, 2回目 ヒブ 1, 2回目 など)		
申 請 理 由	1 里帰りのため（出産後等の里帰りを含む） 2 医療機関に入院若しくは施設に入所するため 3 その他やむを得ない特別な理由のため 滞在期間 (年 月 日 ~ 年 月 日まで)		
滞 在 先 所	〒 - 都道府県 市区町村 様方 電話番号 () -		
接 種 を 希 望 す る 医 療 機 関	(名称) (住所) 〒 - 都道府県 市区町村 電話番号 () -		

以下市記入欄 (申請者は記載しないでください。)

- ・申請者への確認事項
 - (1) 申請理由 その他やむを得ない特別な理由について (
- ・滞在先自治体への確認事項
 - (1) 依頼先 1, 市区町村 2, 医療機関 3, その他 ()
 - (2) 依頼書送付先 1, 市区町村 2, 医療機関 3, 滞在先 4, その他 ()
 - (3) 使用する予診票 1, 依頼先 2, 本市
 - (4) 予診票提出方法 1, 市区町村送付 2, 医療機関送付 3, 保護者提出