様式第１号

# 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
電話番号　（日中に連絡の取りやすい番号を記載してください。）
E-mail　（電話が繋がらない場合はメールで連絡することがあります。）

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にある間に限ります。
・接種を希望する医療機関や滞在先市区町村に本申請書の内容をお伝えする場合があります。

| | | | |
|---|---|---|---|
| （フリガナ）<br>被接種者氏名 | | 生年月日 | 年　月　日 |
| 保護者氏名 | ☐ 申請者と同じ<br>（被接種者が16歳以上の場合は記載不要） | 電話番号 | ☐ 申請者と同じ<br>（　　）　　－ |
| 住所 | ☐ 申請者と同じ<br>〒　　－<br>北海道旭川市 | | |
| 希望する<br>予防接種名 | 【記入例：Ｂ型肝炎　１、２回目】<br>（記載した予防接種の中で始めの接種予定日：　年　月　日） | | |
| 予診票の有無 | 上記予防接種の旭川市の予診票を　☐持っている　☐持っていない<br>※小学校就学前のお子さまの予診票は「予防接種のしおり」に綴じ込まれています。 | | |
| 申請理由 | １　里帰り出産のため（出産後等の里帰りを含む。）　３　その他やむを得ない特別な理由のため<br>２　市外の医療機関に入院又は施設に入所しているため　（　　）<br>滞在予定期間（　　年　月　日　～　　年　月　日） | | |
| 滞在先<br>住所 | 〒<br>都道府県　　市区町村<br>様方　電話番号（　　）　　－ | | |
| 書類の送付先 | １　滞在先の住所　　２　住民登録地（旭川市）の住所<br>※予防接種実施依頼書、払戻しの書類一式等の送付先を選択してください。 | | |
| 接種を実施する<br>医療機関 | （名称）<br>（住所）<br>〒<br>都道府県　　市区町村<br>電話番号　（　　）　　－ | | |

以下市記入欄　（申請者は記載しないでください。）----------

【滞在先自治体への確認事項】
⑴　依頼先　　１.市区町村　２.医療機関　３.その他（　　）
⑵　使用する予診票　　１.依頼先　２.本市
⑶　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