

行政措置による任意予防接種依頼申請書

年 月 日

申請者	〒 住所 小野市
	氏名
	接種を受ける人との続柄 ()
	Tel(連絡の取れる番号)

小野市が実施する行政措置予防接種について、下記のとおり予防接種を受けたいので依頼書を交付願います。

記

接種を受ける人	フリガナ		性 別	生 年 月 日
	氏 名		男・女	年 月 日 (歳 か月)
	住 所 電 話 番 号	☐ 申請者と同じ ☐ 申請者以外の場合 〒 Tel — —		
	保護者氏名	☐ 申請者と同じ ☐ 申請者以外の場合 (氏名)		
予 防 接 種 名	※接種を希望する任意予防接種（ワクチン）の種類にチェックを付けて、接種回数に○をしてください。			
	任意予防接種（ワクチン）の種類		接種回数	
	☐ 季節性インフルエンザ（インフルエンザワクチン）		1 回目・2 回目 ※2 回目は13 歳未満が対象	
	☐ 帯状疱疹（乾燥弱毒生水痘ワクチン）		1 回	
	☐ 帯状疱疹（乾燥組換え帯状疱疹ワクチン）		1 回目・2 回目 ※費用助成は1 回のみ	
滞 在 先 住 所 電 話 番 号	〒 Tel — —			<※必要な場合のみ記入> (様方) 滞在予定期間(約 か月間)
接種を受ける市区町村 及 び 医 療 機 関 名	都 道 府 県	市 区 町 村	医 療 機 関 名	
申 請 理 由				
依 頼 書 の 交 付	☐ 申請者住所 ☐ 滞在先住所 ☐ 市健康増進課窓口 (/) ☐ その他 ()			

※行政措置予防接種は接種費用を公費負担するための制度ではありません。市が対象にしている
予防接種による健康被害の救済を行う制度です。
申請後、医療機関への依頼書の交付及び発送には、約1週間かかります。

	医療機関の確認	住民票の確認	接種履歴の確認	接種方法の説明
市担当者記入欄				
備考欄：				
郵送日： 月 日				

<受付印>