様式第１号（第４条関係）

予防接種実施依頼書交付申請書（県外接種）

令和　　年　　月　　日

（宛先）前橋市長

下記のとおり、県外で定期予防接種を受けるため、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

１．受け入れ先の市区町村にご確認いただき、チェックしてください。

依頼書の宛名	□市区町村長あて □医療機関（接種医）あて

２．**申請者**について教えてください。

フリガナ 氏　名		被接種者との続柄	□本人　□父母 □その他（　　）
住　所 （住民票上）	〒		
電話番号	―　　―		

３．**被接種者（予防接種を受ける方）の情報**について教えてください。

フリガナ 氏　名	□申請者と同じ	
住　所 （住民票上）	□申請者と同じ	〒
生年月日	大正・昭和・平成・令和　　年　　月　　日	
予防接種の種類 該当するワクチンと回数に✔ ※「その他」の場合はワクチン名と回数を記入 ※ロタは（　）内も必ず✔を付けてください	□ ロタウイルス （□ ロタリックス □ ロタテック）	□１回目 □２回目 □３回目※ロタテックのみ
	□ 小児用肺炎球菌	□１回目 □２回目 □３回目
	□ ５種混合	□１回目 □２回目 □３回目
	□ B 型肝炎	□１回目 □２回目 □３回目
	□ BCG	―
	□ RS ウイルス（妊婦）	（出産予定日　　年　　月　　日）
	□ その他（ワクチン名と回数：　　）	
接種医療機関	医療機関名： 住　　所：〒	
初回接種予定日	令和　　年　　月　　日	
県外での接種理由		
現在の居所	□申請者と同じ	〒

４．保健予防課が発行した依頼書の郵送先をチェックしてください。

□受け入れ先の市区町村※　　□現在の居所　　□住民票上の住所（前橋市の住所）

※受け入れ先市区町村から直接送付の指示があった場合のみ

■市確認欄

受付日		対応者		本人確認	免・保・マイ・在留・その他（　　）