国立市長 殿

国立市里帰り出産等定期予防接種費用助成金交付要綱第5条の規定に基づき、指定外医療機関での予防接種について、下記のとおり申請します。併せて予防接種依頼書の発行を申請します。
また、この申請について、住民基本台帳の公簿等により住民登録状況を確認すること及び国立市が予防接種の結果報告を受けることについて同意します。

年　　月　　日

申請者（連絡先）	フリガナ			
	氏名			
	住所			
	☎		被接種者との続柄	

被接種者	フリガナ		性別
	氏名		男　女
	生年月日	年　　月　　日生（　　歳）	
	住所	（申請者と異なる場合のみ記入してください）	
	☎		
希望する予防接種種類 接種回数		（滞在先市区町村により受け入れ不可能なこともありますので了承ください） ☐ 五種混合（DPT-IPV-Hib）（　　回分）　☐ 小児肺炎球菌（　　回分） ☐ B型肝炎（　　回分）　☐ ロタウイルス（　　回分） ☐ BCG（　　回分）　☐ 麻しん・風しん（　　回分） ☐ 水痘（　　回分）　☐ 日本脳炎（　　回分） ☐ 二種混合（DT）（　　回分）　☐ HPV（　　回分） ☐ 四種混合（DPT-IPV）（　　回分）　☐ Hib（　　回分） ☐その他｛　　｝（　　回分）	
滞在先	住所		
	滞在先名		☎
接種希望医療機関	医療機関名		☎
	所在地		
希望理由		☐ 里帰り先に長期滞在のため　☐ 滞在先施設に入所しているため その他（　　）	