第１号様式（第３条関係）

沼津市定期予防接種依頼申請書

年　　月　　日

（宛先）沼津市長

住　　所
申 請 者　　氏　　名　　続柄（　　）
電話番号

予防接種を次の理由により、沼津市の指定医療機関以外の医療機関で受けたいので、次のとおり申請します。

＜理由＞　１．沼津市の指定医療機関以外の医療機関をかかりつけ医療機関としているため。
２．里帰り出産等で、長期にわたり市外に滞在するため。
３．やむを得ない理由（　　）があるため。
４．その他（　　）

被接種者名	（ふりがな） 氏　　名		性別	男・女
	生年月日	年　　月　　日　（満　　歳）		
	住　　所	沼津市	電話番号	
保護者氏名			住　所	
実施依頼書送付先 ＊送付先が滞在先の場合には、滞在先の住所・宛名をご記入ください。		□住所地（住民登録のある住所）　□滞在先　宛名：　　様方 住所：〒		
予防接種の種類 ＊接種を希望するものに、○をご記入ください。		・ロタ：１回目・２回目・３回目 ・ヒブ：初回（１回目・２回目・３回目・追加） ・小児肺炎球菌：初回（１回目・２回目・３回目・追加） ・B型肝炎：１回目・２回目・３回目 ・四種混合：１期初回（１回目・２回目・３回目）・１期追加 ・五種混合：１期初回（１回目・２回目・３回目）・１期追加 ・BCG　・MR：１期・２期　・水痘：１回目・２回目 ・日本脳炎：１期初回（１回目・２回目）・１期追加・２期 ・２種混合 ・ヒトパピローマウイルス：１回目・２回目・３回目 ・インフルエンザ　・高齢者肺炎球菌　・新型コロナ ・帯状疱疹（生水痘） ・帯状疱疹（組換え）：１回目・２回目		
接種医療機関名				
住　所		〒		
電　話　番　号			その他	

≪沼津市記入欄≫

確　認　欄		
住　民　登　録	有・無	
そ の 他 （ 特 記 事 項 ）	無・有	
依　頼　書　交　付	済	年　　月　　日（担当：　　）