

令和 年 月 日

宇美町長

殿

申請者住所

申請者氏名

続柄

定期予防接種の依頼申請について

標記のことについて、下記の定期予防接種について、予防接種の依頼を申請いたします。

1. 予防接種の種類及び単価 (希望される予防接種に○印をつけ、医療機関での接種料金を記入してください。 接種費用(接種料金)については、町が設定している金額より差額がでた場合はご本人負担となります。)	ロタリックス(1回目・2回目)	円
	ロタテック(1回目・2回目・3回目)	円
	ヒブ(1回目・2回目・3回目・追加)	円
	小児用肺炎球菌(1回目・2回目・3回目・追加)	円
	B型肝炎(1回目・2回目・3回目)	円
	五種混合(1回目・2回目・3回目・1期追加)	円
	BCG	円
	MR(麻しん・風しん混合)(1期・2期)	円
	水痘(1回目・2回目)	円
	日本脳炎(1回目・2回目・1期追加・2期)	円
	二種混合	円
	子宮頸がん予防ワクチン(1回目・2回目・3回目)	円
不可予診	円	
2. 接種対象者名・生年月日(お子さまの)	氏名	年 月 日生
3. 保護者氏名		
4. 住所(自宅)	糟屋郡宇美町	
5. 滞在先の住所	〒	様方
6. 電話番号(日中連絡のとれる番号)		
7. 申請理由 該当個所に○印をつけ、()に内容をご記入ください	1. 長期滞在 () 2. かかりつけ医療機関の為 3. その他 ()	
8. 接種医療機関名等 (接種実施場所をご記入ください)	医療機関名等 〒 住所 電話	
9. 接種医師名(フルネーム)		
10. 依頼書(書類)送付先	自宅・滞在先・接種医療機関	

注意事項

保護者からの申請に基づき医療機関に依頼が可能か確認をさせていただきます。

記入もれがありますと依頼書が作成できないため、記入もれのないようにお願いします。

依頼書(控え)の送付をご希望の場合、110円の送付用封筒に郵送先の住所、氏名等をご記入の上、同封して下さい。

依頼書をお渡しする前に接種をされた場合は任意接種となり接種費用は町では負担できませんので、ご注意下さい。

ご不明な点につきましては、下記までお問い合わせ下さい。

問い合わせ先 宇美町教育委員会子どもみらい課 ☎092-933-0777