

この申込書は、予防接種を受ける前に提出が必要です。
提出前に、接種を希望する医療機関に住民票が県外等にあることを伝え、受け入れ可能かどうか問い合わせをしてください。

予防接種（県外医療機関用）申込書

令和 年 月 日

名 取 市 長 あて

申請者(保護者) 〒

住 所

氏 名 続柄

日中連絡が取れる番号

電 話 (母携帯・父携帯・自宅)

下記の理由により、予防接種依頼書の発行を申請いたします。

1. 宮城県外の下記住所地に長期滞在のため（理由：里帰り出産・健康上の理由・その他）

滞在先 〒

住所：

様方

電話番号：

2. 宮城県医師会登録外の病院(県内)で受けるため

被接種者	ふりがな		男	生年	令和	年	月	日生
	氏 名		女	月 日	(	歳	か月	)
	住 所	名取市						
希望する 予防接種	種 類		医療機関名		住 所			
		回目						
		回目						
		回目						
		回目						
		回目						
		回目						
直近の接種希望予定日をお知らせください (接種助成の申し込みは接種の2週間前には行ってください。依頼書発行には申込書受付より1週間程度かかります。)								
名取市予防接種予診票はお持ちですか(ない場合は郵送します) 月 日								
ない ある								
依頼書等の送付先			滞在先住所		名取市住所			

※ 助成対象となる予防接種は、定期予防接種（BCG・ヒブ・小児用肺炎球菌・B型肝炎・4種混合・5種混合・ロタ・2種混合・麻しん風しん混合・水痘・日本脳炎・子宮頸がん予防）です。

※ ロタ…R2.10月より開始（R2.8.1以降に生まれた方が対象）

名取市記入欄

受付方法（来所・郵送）	受付者（ ）
*里帰りが長期の場合：新生児訪問、乳児健診等の依頼が必要か確認	

受 付 日 付 印