

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		生年 月 日	令和 年 月 日生 (歳 か月)
	氏 名			
	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。)				
			月	日
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)			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・ロタ・ヒブ・小児用肺炎球菌・B型肝炎・4種混合・5種混合・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。

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