

八丈町長 殿

定期予防接種（小児）費用扶助申請書

申請者氏名			続柄（ ）
住 所	八丈町（三根・大賀郷・檜立・中之郷・末吉）		番地
電 話	（ ）		
予防接種を 受ける方	フリガナ	男 ・ 女	
	氏 名		
生 年 月 日	年 月 日（ 歳 か月）		
申 請 理 由	<input type="checkbox"/> 里帰り出産その他の理由により、島外へ居住 <input type="checkbox"/> 医療機関等に入院または入所 <input type="checkbox"/> 疾病等により島内医療機関での定期予防接種が困難 <input type="checkbox"/> その他やむを得ない理由（ ）		
滞 在 期 間	年 月 日 から 年 月 日		
滞在先住所	〒		
接種を希望する ワクチン	<input type="checkbox"/> ロタウイルス（1回目・2回目・3回目） <input type="checkbox"/> B型肝炎（1回目・2回目・3回目） <input type="checkbox"/> ヒ ブ（1回目・2回目・3回目・4回目） <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌（1回目・2回目・3回目・4回目） <input type="checkbox"/> 四種混合（1回目・2回目・3回目・4回目） <input type="checkbox"/> 五種混合（1回目・2回目・3回目・4回目） <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合（第1期・第2期） <input type="checkbox"/> 水 痘（1回目・2回目） <input type="checkbox"/> 日本脳炎（1回目・2回目・3回目・第2期） <input type="checkbox"/> 二種混合 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん（1回目・2回目・3回目）		
接種を希望する 医療機関	名称	電話番号	
	所在地		
依頼書の宛先	<input type="checkbox"/> 接種医療機関の院長 <input type="checkbox"/> 区市町村長		
依頼書の送付先	<input type="checkbox"/> 滞在先 <input type="checkbox"/> 接種医療機関 <input type="checkbox"/> その他（ ）		

【八丈町記入欄】

受付日	受付者	発送日	発送者	備考・メモ欄
/		/		

