

見本

令和4年5月2日

八丈町長 殿

☆事前申請☆

定期予防接種（小児）費用扶助申請書

申請者氏名	八丈 太郎		続柄 (父)
住 所	八丈町 (三根・大賀郷・檜立・中之郷・末吉) 2551 番地 2		
電 話	04996 ( 2 ) 5570		
予防接種を 受ける方	フリガナ	ハチジョウ ハナコ	
	氏 名	八丈 花子	
生 年 月 日	令和4年 4月 1日 ( 0歳 1か月)		
申 請 理 由	<input checked="" 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	令和4年4月1日 から 令和4年6月30日		
滞在先住所	東京都〇〇区〇〇		
接種を希望する ワクチン	<input checked="" type="checkbox"/> ロタウイルス (1回目) 2回目・3回目 <input checked="" type="checkbox"/> B型肝炎 (1回目) 2回目・3回目 <input checked="" type="checkbox"/> ヒ ブ (1回目) 2回目・3回目 <input checked="" type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 (1回目) 2回目・3回目 <input type="checkbox"/> 四種混合 (1回目・2回目・3回目) <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 二種混合 <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・3回目) <input type="checkbox"/> 日本脳炎 (第1期 1回目・2回目・3回目) (第2期) <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	〇〇〇〇	電話番号 03-〇〇〇〇-〇〇〇〇
	所在地	東京都〇〇〇〇	
依頼書の宛先	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 滞在先 <input type="checkbox"/> 接種医療機関 <input type="checkbox"/> その他 (		

予防接種依頼文等  
提出のため  
事前確認が必要です

保健係記入欄

【八丈町記入欄】				
受付日	受付者	発送日	発送者	備考・メモ欄
		/		