

年 月 日

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 氏 名	男 ・ 女	
生 年 月 日	年 月 日（ 歳 か月）		
申 請 理 由	☐ 里帰り出産その他の理由により、島外へ居住 ☐ 医療機関等に入院または入所 ☐ 疾病等により島内医療機関での定期予防接種が困難 ☐ 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	☐ ロタウイルス（1回目・2回目・3回目） ☐ B型肝炎（1回目・2回目・3回目） ☐ ヒ ブ（1回目・2回目・3回目・4回目） ☐ 小児用肺炎球菌（1回目・2回目・3回目・4回目） ☐ 四種混合（1回目・2回目・3回目・4回目） ☐ 五種混合（1回目・2回目・3回目・4回目） ☐ BCG ☐ 麻しん風しん混合（第1期・第2期） ☐ 水 痘（1回目・2回目） ☐ 日本脳炎（1回目・2回目・3回目・第2期） ☐ 二種混合 ☐ 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 所在地	電話番号	
依頼書の宛先	☐ 接種医療機関の院長 ☐ 区市町村長		
依頼書の送付先	☐ 滞在先 ☐ 接種医療機関 ☐ 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
/		/		