

様式第 1 号（第 5 条関係）

予防接種実施依頼書発行申請書

年 月 日

（宛先）秋田市長

対象者（予防接種を受ける人）が15歳以下の場合、滞在先に同居する保護者が申請者となります。
電話番号は、平日の日中に連絡が取りやすい番号としてください。

申 請 者
住 所
電話番号

下記のとおり、秋田県外で予防接種を受けるための依頼書発行について、秋田市定期予防接種費用助成金交付要綱第 5 条の規定により申請します。

記

対 象 者 (予防接種を受ける人)	フリガナ 氏 名	----- 男 ・ 女	
	生年月日	年	月 日
現 住 所	秋田市		
保護者氏名			
予防接種の種類（以下の番号、回数に○をつけてください。）			
1 五種混合 (DPT-IPV-Hib) 第 1 期初回（1 回目・2 回目・3 回目）、第 1 期追加			
2 四種混合 (DPT-IPV) 第 1 期初回（1 回目・2 回目・3 回目）、第 1 期追加			
3 二種混合 (DT) 第 2 期			
4 麻しん風しん混合 第 1 期、第 2 期			
5 日本脳炎 第 1 期初回（1 回目・2 回目）、第 1 期追加、第 2 期			
6 B C G 1 回			
7 H i b 感染症 初回（1 回目・2 回目・3 回目）、追加 1 回			
8 小児の肺炎球菌感染症 初回（1 回目・2 回目・3 回目）、追加 1 回			
9 ヒトパピローマ 2 価 1 回目・2 回目・3 回目			
ウイルス感染症 4 価 1 回目・2 回目・3 回目			
(H P V) 9 価 1 回目・2 回目・3 回目			
10 水 痘 1 回目・2 回目			
11 B 型肝炎 1 回目・2 回目・3 回目			
12 ロタウイルス感染症 1 価 1 回目・2 回目			
5 価 1 回目・2 回目・3 回目			
13 高齢者の肺炎球菌感染症 1 回			
14 高齢者のインフルエンザ 1 回			
15 高齢者の新型コロナウイルス感染症 1 回			
16 高齢者の带状疱疹 生 1 回			
組換え 1 回目・2 回目			
申 請 理 由 (県外で接種する理由)			
滞 在 先 住 所 連 絡 先	〒 住 所 世帯主名 電話番号		
滞 在 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日		

※予防接種実施依頼書の有効期間は発行年度の年度末までです。

滞在期間は、最長でも3月31日までとしてください。
予防接種実施依頼書の有効期間が発行年度の年度末までのため