

青梅市里帰り等定期予防接種実施依頼書交付申請書

例：里帰り出産で〇〇県の実家（赤松）に5か月程度滞在し、滞在先の医療機関で予防接種を希望する場合

令和 5年 7月 1日

申請者 住 所 青梅市東青梅 1-11-1
 (保護者) 氏 名 青梅 花子
 電話番号 0428-00-0000

青梅市里帰り等定期予防接種費用助成金交付要綱第5項の規定により、下記の通り青梅市里帰り等定期予防接種実施依頼書の交付を申請します。

記

被接種者	住 所	〒198-0042 青梅市東青梅 1-11-1
	フリガナ	オウメ カスミ
	氏 名	青梅 かすみ
	生年月日	令和5年 5月 1日
定期予防接種名		ヒブ1～3回目、小児用肺炎球菌1～3回目、 B型肝炎1・2回目、ロタウイルス1～3回目、 四種混合1～3回目
申請理由		里帰り出産のため
滞在先住所		〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇〇1-23-4 赤松方
滞在期間（予定）		令和5年5月 1日～令和5年10月20日
実施依頼先	医療機関名称	〇〇〇こどもクリニック
	所在地	〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇〇5-678-9 電話番号 〇〇〇〇（〇〇）〇〇〇〇

以上

申請前に接種希望の医療機関に連絡していただき、お子さんの予防接種を全額自費で接種が可能かを確認してください。