様式第１号（第４条関係）（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）

伊豆の国市定期予防接種実施依頼申請書

年　　月　　日

伊豆の国市長　宛

住　　所

申請者　氏　　名

電話番号

対象者との続柄

契約外医療機関で定期予防接種を受けたいので、次のとおり申請します。

<table>
<tr><td>申請理由</td><td colspan="4">１　長期にわたり療養を必要とする疾病のため、静岡県外の医療機関を受診している
２　母親の里帰り出産等で長期にわたり静岡県外に滞在している
３　ドメスティックバイオレンス又は児童虐待の行為から逃れるため、静岡県外に事実上居住している
４　静岡県外の福祉施設に入所している
５　定期予防接種の市町間相互乗入れができない医療機関がかかりつけ医である
６　その他（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">対象者</td><td>（ふりがな）
氏　　名</td><td></td><td rowspan="2">性別</td><td rowspan="2">男　・　女</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>年齢</td><td>歳　　か月</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">予防接種名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">医療機関</td><td>名　　称</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">滞在先</td><td>世帯主氏名
（施設名称）</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>