

記入例

様式第1号 (第5条関係)

予防接種依頼書交付申請書

※申請書ご記入後、新座市保健センターへ提出してください。(郵送で構いません)  
 ※小児の場合は、母子手帳の写しを添えてください。(接種記録のページ)

(申請先) 新座市長

下記のとおり予防接種実施依頼書の交付を申請します。

令和

被接種者	フリガナ	ニイザ タロウ		生年月日	大正・昭和 平成・令和 (満 歳 1 か月)	3年 9月 1日
	氏名	新座 太郎				
	住所	新座市 道場2-14-4 ゾウキリンコーポ101 TEL 048(481)2211				
予防接種名 (○で囲んでください)	ロタリックス (1回目・2回目) ロタテック (1回目・2回目・3回目) (どちらのロタワクチンを接種するか、事前に実施医療機関と相談してください) 初回 (1回目・2回目・3回目)・追加 小児用肺炎球菌 初回 (1回目・2回目・3回目)・追加 B型肝炎 (1回目・2回目・3回目) 四種混合 一期初回 (1回目・2回目・3回目)・一期追加 不活化ポリオ (1回目・2回目・3回目)・追加 BCG 二種混合 一期初回 (1回目・2回目)・一期追加・二期 日本脳炎 一期初回 (1回目・2回目)・一期追加・二期 麻しん風しん混合 一期・二期 麻しん 一期・二期 風しん 一期・二期 水痘 (1回目・2回目) HPV (1回目・2回目・3回目) 高齢者肺炎球菌 高齢者インフルエンザ					
★申請日の属する年度内(4月1日~3月31日)に接種するものが対象となります。	年度内に接種が可能な項目の記入をお願いします。記入していない項目は依頼書に記載ができません。					
接種年月日	令和 3年 11月 20日(予定)					
実施医療機関	名称	△△病院				
	住所	〒0000-0000 〇〇県△△市・・・ TEL 〇〇〇(〇〇〇) 〇〇〇〇				
接種を希望する理由 (□にチェックを入れてください)	<input checked="" type="checkbox"/> 里帰り・施設入所等 (市外に滞在し、市内の医療機関で接種ができないため) <input type="checkbox"/> かかりつけ・訪問診療等 (主治医が市内の医療機関以外にあるため) <input type="checkbox"/> 上記以外 ( )					
依頼書送付先	<input type="checkbox"/> 被接種者あて <input type="checkbox"/> 申請者あて <input checked="" type="checkbox"/> 滞在先あて					
滞在先住所 (里帰り先・施設等) ※該当者のみ	〒	市外に滞在している方のみ記入 ※滞在先の世帯主名もしくは施設名も記入してください。	滞在期間 ※該当者のみ	令和	市外に滞在している方のみ記入	日
※被接種者と申請者が異なる場合のみ、申請者欄へ記入をお願いします。						
申請者	フリガナ	ニイザ ハナコ		接種者が乳幼児や高齢者で自署が難しい場合には、保護者または代筆者の方の記入をお願いします。		
	氏名	新座 花子		母		
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 上記被接種者と同じ ( ) <input type="checkbox"/> 被接種者と住所、連絡先が異なる場合は記入してください ( )				

申請書送付から依頼書発行まで10日前後かかります。依頼書が届いてからの接種になりますので、余裕をもって予約をお願いします。

※生活保護受給者証をお持ちの方は、その写しを添付してください。(成人のみ)