

予防接種実施依頼書交付申請書

（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 年 月 日

被接種者	フリガナ		生年月日	大正・昭和	年	月	日
	氏名			平成・令和	年	月	日
	住所	新座市		(満 歳 か月)	TEL	()	
予防接種名 (○で囲んでください)	ロタ 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) ヒブ 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 五種混合 一期初回(1回目・2回目・3回目)・一期追加 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 水痘 (1回目・2回目) サーバリックス(1回目・2回目・3回目) HPV ガーダシル (1回目・2回目・3回目) シルガード (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。							
接種年月日	令和 年 月 日(予定)						
実施医療機関	名称						
	住所	〒 -					TEL ()
接種を希望する理由 (□にチェックを入れてください)	<input 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 (□にチェックを入れてください)	<input type="checkbox"/> 被接種者あて <input type="checkbox"/> 申請者あて <input type="checkbox"/> 滞在先あて						
滞在先住所 (里帰り先・施設入所の場合のみ)	〒 -	(世帯主名・施設名) _____				滞在期間 ※該当者のみ	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 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				続柄		
	氏名						
	住所	□上記被接種者と同じ (☑の場合は以下記入不要)					〒 - TEL ()

※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)