

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		
	住所	新座市		（満 歳 か月）		
TEL		（ ）				
予防接種名 （○で囲んでください） ★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。		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） 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） 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） HPV（1回目・2回目・3回目） RSウイルス（出産予定日：令和 年 月 日） 高齢者肺炎球菌 高齢者インフルエンザ 高齢者コロナウイルス 高齢者带状疱疹ワクチン（ビケン・シグリック1回目・シグリック2回目）				
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	
TEL		（ ）				
※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	<input type="checkbox"/> 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）