

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 3年 11月 20日

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	3年 9月 1日
	氏名	新座 太郎			(満 0 歳 1 か月)	
	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) 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 RCG 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・ジグリックス1回目・ジグリックス2回目)					
★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ないため、接種ができません。 RSウイルスワクチンを希望する場合、出産予定日をご記入ください。					
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	〒〇〇〇-〇〇〇〇 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 (□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 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 令和 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 ( )					

※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)