

予防接種依頼申請書

令和 年 月 日

殿

(申請者)

住 所

氏 名

(被接種者との続柄:)

電 話

他市町村の医療機関において、下記のとおり予防接種法第2条6項の規定に基づき実施する予防接種を受けたいので、依頼を申請します。また、接種費用が自己負担になることの説明について承諾いたしました。

記

1. 被接種者

フリガナ	
氏 名	(男・女)
生年月日	令和 年 月 日生 (歳)
住 所	松原市
滞在先名・住所	

2. 予防接種の種類

① ロタウイルスワクチン	初回・2回目・3回目
② 小児ヒブワクチン	初回・2回目・3回目・追加
③ 小児肺炎球菌ワクチン	初回・2回目・3回目・追加
④ 不活化ポリオ	初回・2回目・3回目・追加
⑤ 3種混合 (ジフテリア・百日咳・破傷風)	1期 (初回・2回目・1期追加)
⑥ 4種混合 (ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ)	初回・2回目・3回目・追加
⑦ 5種混合 (ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ・ヒブ)	初回・2回目・3回目・追加
⑧ B型肝炎ワクチン	初回・2回目・3回目
⑨ BCG	1回のみ
⑩ 水痘	初回・2回目
⑪ 麻しん風しん	I期・II期
⑫ 日本脳炎	I期 (初回・2回目・3回目) II期
⑬ 2種混合 (ジフテリア・破傷風)	1回のみ
⑭ 子宮頸がん予防ワクチン	初回・2回目・3回目

3. 実施予定内容

実施依頼先	<input type="checkbox"/> 市町村 [] <input type="checkbox"/> 医療機関 [] ※依頼先を確認し、どちらかに☑をつけて、[]内に名称を記入すること。
接種予定日	令和 年 月 日
接種場所	
接種の理由	

接種費用が自己負担になることを説明済み

接種費用の助成手続きについて説明済み

担当者署名