

予防接種依頼書交付申請書

年 月 日

(あて先) 川口市長

申請者

住所 〒

川口市

フリガナ  
氏名

被接種者  
との続柄

TEL

※申請者は被接種者の保護者(16歳以上の場合は本人も可)

下記の理由により、予防接種依頼書の交付を申請します。  
記

被接種者	住所	〒 川口市	
	生年月日	年 月 日 ( 歳 か月)	
	フリガナ 氏名		
埼玉県内委託医療機関 等で受けられない理由 (○印をつけてください)	1	出産に伴う一時的な里帰りのため (出産日または出産予定日: 年 月 日)	
	2	長期入院等のため (病名: ) (医療機関名: ) (入院等(予定)期間: 年 月 日~ 年 月 日)	
	3	進学、通勤、居住等のため	
	4	その他 ( )	
予防接種の種類 (○印をつけてください)	1	Hib (ヒブ) 感染症	(1回目・2回目・3回目・追加)
	2	小児の肺炎球菌感染症	(1回目・2回目・3回目・追加)
	3	B型肝炎	(1回目・2回目・3回目)
	4	ロタウイルス	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)
	5	五種混合 (DPT-IPV-Hib)	(1回目・2回目・3回目・追加)
	6	四種混合 (DPT-IPV)	(1回目・2回目・3回目・追加)
	7	不活化ポリオ	(1回目・2回目・3回目・追加)
	8	B C G	
	9	麻しん・風しん混合 (MR)	(第1期・第2期)
	10	麻しん	(第1期・第2期)
	11	風しん	(第1期・第2期)
	12	水痘	(1回目・2回目)
	13	日本脳炎 第1期	(1回目・2回目・追加)
	14	日本脳炎 第2期	
	15	二種混合 (DT)	(第1期・第2期)
	16	ヒトパピローマウイルス (HPV)	(1回目・2回目・3回目)
予防接種依頼先	医療機関名:	TEL	
	住所: 〒		
滞在先 (里帰り、市外居住 が理由の場合は、必 ず記入してください)	住所	〒 TEL	
	世帯主名	宛名 (※滞在先へ依頼書の送付を希望する場合はご記入ください。)	
依頼書受領方法 (○印をつけてください)	1	申請者住所に郵送	2 滞在先に郵送
	3	その他 ( )	