

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 (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) 17 R S ウイルス (妊婦のかた) 18 高齢者肺炎球菌 (生活保護受給 有・生活保護受給 無) 19 带状疱疹 (生活保護受給 有・生活保護受給 無)			
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 ()		