

予防接種依頼書作成にかかる申請書(A類疾病)

和光市長 様

年 月 日

和光市で実施する予防接種を下記の理由により受けることができないため、指定外医療機関で接種が受けられるよう、依頼書の交付を申請いたします。

太枠内をご記入ください

予防接種を受ける者	ふりがな					
	氏名					
	生年月日	年	月	日	(歳 ヶ月)	
	性別	男 ・ 女				
保護者(申請者)	ふりがな					
	氏名					
	住所(住民票)	〒 和光市				
	電話番号					
	予防接種を受ける者との続柄					
指定医療機関以外での接種を希望する理由		☐ 里帰り等で住所外に滞在している ☐ 指定医療機関以外の主治医の管理を要する ☐ 指定医療機関以外の医療機関に入院中 ☐ 家庭環境(DV等)により住所外に滞在している ☐ 指定医療機関以外の医療機関の往診を受けている ☐ 遠隔地への在学やその他やむを得ない事情により住所外に居住実態がある ☐ その他()				
(里帰り等の場合の滞在期間)		年 月 日まで				
依頼書の送り先		☐ 申請者住所 ☐ 滞在先住所 ☐ その他()				
滞在先(滞在する場合のみ)	住所	〒			様方	
	電話番号					
接種を希望する医療機関名	正式名称					
	住所	〒				
	電話番号					
接種したい予防接種の種類	①ヒブ		1回目	2回目	3回目	追加
	②小児用肺炎球菌		1回目	2回目	3回目	追加
注意1)希望する予防接種の種類。ワクチン名および回数すべてに○印をつけてください。 注意2)「ロタリックス」は2回接種、「ロタテック」は3回接種のワクチンです。医療機関によって、取り扱うワクチンが異なります。	③B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ポリオ単独(IPV)		1回目	2回目	3回目	追加
	⑥4種混合(DPT-IPV)		1回目	2回目	3回目	追加
	⑦5種混合(DPT-IPV-Hib)		1回目	2回目	3回目	追加
	⑧BCG					
	⑨水痘		1回目	2回目		
	⑩麻しん風しん混合		第1期	第2期		
	⑪日本脳炎		1期(1回目	2回目	追加)	2期
	⑫2種混合(DT)		第2期			
	⑬HPV		1回目	2回目	3回目	
	和光市の予診票はお持ちですか		☐ はい ☐ いいえ⇒依頼書と同封してお送りします			

職員記入欄		
☐ 依頼書の宛名は合っているか	受付番号	
☐ 生年月日・氏名等の記載は合っているか	依頼書発送日	月 日

予防接種依頼書作成にかかる申請書(A類疾病)

和光市長 様

記入例

令和6年6月1日

和光市で実施する予防接種を下記の理由により受けることができないため、指定外医療機関で接種が受けられるよう、依頼書の交付を申請いたします。

太枠内をご記入ください

予防接種を受ける者	ふりがな	わこう じろう			
	氏名	和光 じろう			
	生年月日	令和6年4月1日		(0歳2ヶ月)	
	性別	男・女			
保護者(申請者)	ふりがな	わこう はなえ			
	氏名	和光 はなえ			
	住所(住民票)	〒351-0106 和光市 広沢1-5-51			
	電話番号	048-465-0311			
	予防接種を受ける者との続柄	母			
指定医療機関以外での接種を希望する理由		☒ 里帰り等で住所外に滞在している ☐ 指定医療機関以外の主治医の管理を要す ☐ 指定医療機関以外の医療機関に入院中 ☐ 家庭環境(DV等)により住所外に滞在して ☐ 指定医療機関以外の医療機関の往診を受 ☐ 遠隔地への在学やその他やむを得ない事 ☐ その他() 滞在期間を参考に、依頼書による接種可能期間を設定します。(年度をまたぐ場合は、依頼書の日付から1年を上限とした期限とさせていただきます。)			
(里帰り等の場合の滞在期間)		令和6年10月31日まで			
依頼書の送り先		☐ 申請者住所 ☒ 滞在先住所 ☐ その他()			
滞在先 (滞在する場合のみ)	住所	〒			様方
	電話番号	000-000-0000			
接種を希望する医療機関名	正式名称	◇◇こどもクリニック			特に里帰りの場合、記載をお忘れなくお願いします。様方の記載がないと届かない場合があります。
	住所	〒 000-0000 ▲▲県◎◎市×××			
	電話番号	000-000-0000			
接種したい予防接種の種類		①ヒブ 1回目 2回目 3回目 追加 ②小児用肺炎球菌 1回目 2回目 3回目 追加 ③B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ポリオ単独(IPV) 1回目 2回目 3回目 追加 ⑥4種混合(DPT-IPV) 1回目 2回目 3回目 追加 ⑦5種混合(DPT-IPV-Hib) 1回目 2回目 3回目 追加 ⑧BCG ⑨水痘 1回目 2回目 ⑩麻しん風しん混合 第1期 ⑪日本脳炎 第1期 ⑫2種混合(DT) ⑬HPV 1回目 2回目 3回目 接種するロタの種類が不明な場合は、3回目にも○をつけてください。			
注意1)希望する予防接種の種類。ワクチン名および回数すべてに○印をつけてください。 注意2)「ロタリックス」は2回接種、「ロタテック」は3回接種のワクチンです。医療機関によって、取り扱うワクチンが異なります。					
和光市の予診票はお持ちですか		☒ はい ☐ いいえ⇒依頼書と同封してお送りします			

通常、市で予定する時期にご自宅に送付されます。

□依頼書の宛名は合っているか	受付番号	
□生年月日・氏名等の記載は合っているか	依頼書発送日	月 日