

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

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	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		
	住所 (住民票)	〒351-0106 和光市広沢1-5-51		
	電話番号	048-464-1111		
保護者 (申請者) ※上記と同じ場合は記入不要	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	同上		
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		<input checked="" type="checkbox"/> 里帰り等で住所外に滞在している <input type="checkbox"/> 指定医療機関以外の主治医の管理を要する <input type="checkbox"/> 指定医療機関以外の医療機関に入院中 <input type="checkbox"/> 家庭環境(DV等)により住所外に滞在し <input type="checkbox"/> 指定医療機関以外の医療機関の往診を受 <input type="checkbox"/> 遠隔地への在学やその他やむを得ない事 <input type="checkbox"/> その他()		
(里帰り等の場合の滞在期間)		令和9年3月31日まで		
依頼書の送り先		<input type="checkbox"/> 申請者住所 <input checked="" type="checkbox"/> 滞在先住所 <input type="checkbox"/> 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		
	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 ⑥3種混合(DPT) 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 ⑩麻疹 第1期 ⑪日本脳炎 1期(1 ⑫2種混合(DT) 2期 ⑬HPV 1回目 2回目 (3回目) ⑭RSウイルスワクチン 出産予定日 令和8年8月30日		
和光市の予診票はお持ちですか		<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ⇒依頼書と同封してお送りします		

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。)

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。

接種するロタの種類が不明な場合は、3回目にも〇をつけてください。

通常、市で予定する時期にご自宅に送付されます。

<input type="checkbox"/> 依頼書の宛名は合っているか		受付番号	
<input type="checkbox"/> 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