

定期予防接種実施依頼書交付申請書 (保護者・本人申請用)

年 月 日

被接種者氏名 (接種を受ける方の氏名)	フリガナ		性別	男・女
生 年 月 日	年 月 日			
住 所	港区			
	連絡先電話番号			
保護者(申請者)氏名				
発行の理由 (該当する□に✓を付けてください)	<input type="checkbox"/> 里帰り出産・育児 <input type="checkbox"/> 入院中・治療中 (病名 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )			
予防接種の種類・回数 発行を希望する予防接種の□に✓、回数に○印を付けてください。 ※一度に6か月先の予防接種まで申請できます	<input type="checkbox"/> ロタ(1回目・2回目・3回目) <input type="checkbox"/> ヒブ(1回目・2回目・3回目・追加) <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌(1回目・2回目・3回目・追加) <input type="checkbox"/> B型肝炎(1回目・2回目・3回目) <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 5(4)種混合1期(1回目・2回目・3回目・追加) <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合[MR](1期・2期) <input type="checkbox"/> 水痘(1回目・2回目) <input type="checkbox"/> 日本脳炎(1期1回目・1期2回目・1期追加・2期) <input type="checkbox"/> DT2期[2種混合] <input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防(1回目・2回目・3回目) <input type="checkbox"/> 不活化ポリオ(1回目・2回目・3回目・追加) <input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌			
滞在先の自治体の 予防接種担当部署名	※本紙記入前に必ず連絡し、事前確認を行ってください。			
滞在先の自治体からの 予防接種費用助成の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
接種予定日・医療機関 (決まっている場合に記入) ※滞在先の自治体が指定する 医療機関でのみ接種可能です	接種(開始)予定日	年 月 日		
	実施医療機関	(名称)		
		(住所)		
		(医師名)		
実施依頼書宛名 ※滞在先の自治体にお問い合わせ ください	<input type="checkbox"/> 市区町村長宛 <input type="checkbox"/> 医療機関宛 <input type="checkbox"/> その他 (宛名詳細: _____様宛の依頼書を作成)			
実施依頼書送付先 ※滞在先の自治体にお問い合わせ ください	<input type="checkbox"/> 住所地(住民登録のある港区の住所) <input type="checkbox"/> 滞在先 宛名: <input type="checkbox"/> その他(滞在先の役所、医療機関など) 住 所・宛名:〒			
滞 在 先	〒			
	連絡先電話番号			
	滞在(予定)期間	年 月頃まで		