

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)	☐ 里帰り出産・育児 ☐ 入院中・治療中 (病名) ☐ 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	☐ ロタ（1回目・2回目・3回目） ☐ ヒブ（1回目・2回目・3回目・追加） ☐ 小児用肺炎球菌（1回目・2回目・3回目・追加） ☐ B型肝炎（1回目・2回目・3回目） ☐ BCG ☐ 5種混合1期（1回目・2回目・3回目・追加） ☐ 4種混合1期（1回目・2回目・3回目・追加） ☐ 麻しん風しん混合[MR]（1期・2期） ☐ 水痘（1回目・2回目） ☐ 日本脳炎（1期1回目・1期2回目・1期追加・2期） ☐ DT2期[2種混合] ☐ ヒトパピローマウイルス（HPV）（1回目・2回目・3回目） ☐ 不活化ポリオ（1回目・2回目・3回目・追加） ☐ 高齢者インフルエンザ ☐ 高齢者新型コロナウイルス ☐ 高齢者肺炎球菌 ☐ 带状疱疹（1回目・2回目）			
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	☐ 有 ☐ 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	☐ 市区町村長宛 ☐ 医療機関宛 ☐ 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	☐ 住所地（住民登録のある港区の住所） ☐ 滞在先 宛名： ☐ 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		