

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	続柄			
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・施設入所中 <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"/> R S ウイルス 感染症 <input type="checkbox"/> ロ タ ( 1回目 2回目 3回目 ) <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"/> B C G <input type="checkbox"/> 5 種 混 合 1 期 ( 1回目 2回目 3回目 追加 ) <input type="checkbox"/> ヒ ブ ( 1回目 2回目 3回目 追加 ) <input type="checkbox"/> 不 活 化 ポ リ オ ( 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"/> D T 2 期 [ 2 種 混 合 ] <input type="checkbox"/> ヒトパピローマウイルス(HPV) ( 1回目 2回目 3回目 ) <input type="checkbox"/> 高 齢 者 イ ン フ ル エ ン ザ <input type="checkbox"/> 高 齢 者 新 型 コ ロ ナ ウ イ ル ス <input type="checkbox"/> 高 齢 者 肺 炎 球 菌 <input type="checkbox"/> 帯 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		滞在先の自治体からの 予防接種費用助成の有無	
<small>※本紙記入前に必ず連絡し、事前確認を行ってください。</small>		<small>※有の場合、この制度はご利用いただけません。</small>		
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 その他の詳細 ( )			
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： 様方 <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		
備 考				