

予防接種依頼書交付申請書

|                                 |                                                      |                                         |                                |
|---------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------|
| 申請日                             | 2025 年 1 月 1 日                                       |                                         | 申請日                            |
| 接種者の住所                          | 須賀川市 八幡町135番地<br>(日中の連絡先) 090 - 0000 - 0000          |                                         |                                |
| フリガナ                            | スカガワ ハナコ                                             |                                         | 令和 〇 年 1 月 1 日生<br>( 〇 歳 か月 日) |
| 接種者氏名                           | 須賀川 花子 (男・女)                                         |                                         |                                |
| 予防接種の種類<br>(種類、または回数に〇をつけてください) | ロタ                                                   | ロタリックス (1回目・2回目)<br>ロタテック (1回目・2回目・3回目) |                                |
|                                 | B型肝炎 (1回目・2回目・3回目)                                   |                                         | 小児用肺炎球菌 (1回目・2回目・3回目・追加)       |
|                                 | 五種混合 (1回目・2回目・3回目・追加)                                |                                         | 二種混合2期                         |
|                                 | BCG                                                  | 水痘 (水ぼうそう) (1回目・2回目)                    | MR (麻疹・風疹混合) (1期・2期)           |
|                                 | 日本脳炎 1期                                              | 1回目・2回目・追加                              | ・3回目)                          |
|                                 | RSウイルス                                               | おたふくかぜ                                  |                                |
|                                 | 成人予防接種 (高齢者インフルエンザ・高                                 | その他(                                    |                                |
|                                 | 予防接種実施医療機関                                           | 医療機関名                                   | 〇〇〇〇クリニック (東京都〇〇市・町・村)         |
| 申請理由<br>(〇をつけてください)             | 1 里帰りのため(滞在予定期間: 年 月 日 ~ 年 月 日)                      |                                         |                                |
|                                 | 2 かかりつけ医のため                                          |                                         |                                |
|                                 | 3 その他( )                                             |                                         |                                |
| 滞在先                             | 住所                                                   | 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇<br>東京都〇〇区〇〇〇〇〇             |                                |
|                                 | フリガナ                                                 | スカガワ タロウ                                |                                |
|                                 | 世帯主                                                  | 須賀川 太郎                                  |                                |
|                                 | 電話番号                                                 | 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇                           |                                |
| 依頼書送付先<br>(上記の住所と異なる方はご記入ください)  | 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇<br>東京都〇〇区〇〇〇<br>(連絡先 〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇) |                                         |                                |

上記の理由により、予防接種依頼書の交付を申請します。

須賀川市長 様

申請者 氏名 須賀川 太郎 続柄(父)

この申請を記入の上、接種を受ける方の母子健康手帳の表紙・予防接種のページの写しを添付して提出してください。

申請者の氏名・続柄を記入