

予防接種依頼書交付申請書

さいたま市長

令和 年 月 日

住所 〒
さいたま市 区

(ア) 申請者 氏名

※申請者は被接種者本人に限ります(小児の場合は、保護者)

電話

※日中に連絡可能な電話番号

下記の理由により、予防接種依頼書の交付を申請します。

記

イ 被接種者	住所	さいたま市 区	
	氏名	フリガナ	生年月日
			Tel T・S・H・R 年 月 日 (歳 か月)
ウ さいたま市内実施 医療機関等で受け られない理由 (○印をつけてください)	1	出産に伴う一時的な里帰りのため (出産日または出産予定日: 月 日)	
	2	長期入院等のため (病名:) (医療機関名:) (入院(予定)期間: 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日頃)	
	3	施設に入所中のため (施設名:) (医療機関名:)	
	4	埼玉県立小児医療センターで接種を受けるため	
	5	その他 ()	
エ 予防接種の種類 (○印をつけてください)	※ 1度に申請可能な定期予防接種は、申請日から6か月以内に接種を行う分のみとなります。		
	1	ロタリックス(1価) (1回目・2回目※)	10 麻しん (第1期・第2期)
	2	ロタテック(5価) (1回目・2回目・3回目※)	11 風しん (第1期・第2期)
	3	ヒブ (1回目・2回目・3回目・追加)	12 水痘 (1回目・2回目)
	4	小児用肺炎球菌 (1回目・2回目・3回目・追加)	13 日本脳炎 第1期 (1回目・2回目・追加)
	5	B型肝炎 (1回目・2回目・3回目)	14 日本脳炎 第2期
	6	4種混合 (1回目・2回目・3回目・追加)	15 ヒトパピローマウイルス(HPV) (1回目・2回目・3回目)
	7	不活化ポリオ (1回目・2回目・3回目・追加)	16 成人用肺炎球菌(ニューモバックス)
	8	ジフテリア・破傷風 (第1期・第2期)	17 高齢者インフルエンザ
	9	BCG	※ロタリックス(1価)は2回、ロタテック(5価)は3回接種
オ 接種予定日	令和 年 月 日	←接種後の申請は不可	
カ 予防接種依頼先	医療機関名:	Tel	
	住所:	Tel	
	※子どもの接種の場合、依頼先が自治体の指定を受けた医療機関であるかご確認ください。		
キ 滞在先	住所	〒 区 Tel	
	宛名	世帯主名	
	※依頼書等の送付を希望する場合はご記入ください		
ク 依頼書受領方法 (○印をつけてください)	1	窓口	2 申請者住所に郵送
	3	滞在先に郵送	4 その他 ()

(ケ)【添付書類】 子どもの接種の場合、被接種者の母子健康手帳(「表紙」および「接種の記録」欄を確認します)

※郵送により申請される場合は、申請書の他、添付書類、申請者の本人確認ができる書類(運転免許証、保険証等)のコピーを同封してください。

※申請先は、お住まいの区役所保健センターになります。