

様式第1号（要綱第4条関係）

定期予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

佐野市長 様

申請者 住所
氏名
電話

次の理由により佐野市で実施する予防接種を受けることができません。
つきましては、次のとおり予防接種を受けたいので、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

| | | | | |
|-----------------------------|---|---------------------------------|-------|-----|
| 理 由 | | | | |
| 接 種 を 希 望 す る 医 療 機 関 | 医療機関名 | | | |
| | 住 所 | | | |
| 被 接 種 者 | 住 所 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ | | |
| | フリガナ | | | |
| | 氏 名 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ | 性 別 | 男・女 |
| | 生年月日 | 年 月 日 | (満 歳) | |
| 予 防 接 種 の 種 類 | <input type="checkbox"/> ロタウイルスワクチン（ <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目） <input type="checkbox"/> B型肝炎ワクチン（ <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目） <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌ワクチン（ <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加） <input type="checkbox"/> 5種混合（ジフテリア百日せき破傷風不活化ポリオ混合） （ <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加） <input type="checkbox"/> 3種混合（ジフテリア百日せき破傷風混合） （ <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加） <input type="checkbox"/> 2種混合（ジフテリア破傷風混合） <input type="checkbox"/> ヒブワクチン（ <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加） <input type="checkbox"/> 不活化ポリオワクチン（ <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加） <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> MR（麻しん風しん混合）（ <input type="checkbox"/> 1期 <input type="checkbox"/> 2期） <input type="checkbox"/> 麻しん（ <input type="checkbox"/> 1期 <input type="checkbox"/> 2期） <input type="checkbox"/> 風しん（ <input type="checkbox"/> 1期 <input type="checkbox"/> 2期） <input type="checkbox"/> 水痘ワクチン（ <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目） <input type="checkbox"/> 日本脳炎ワクチン（ <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 2期） <input type="checkbox"/> 子宮頸がん（ <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目） <input type="checkbox"/> RSウイルスワクチン | | | |
| | <input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ（接種期間：10月～翌年3月末まで） <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 高齢者新型コロナウイルス（接種期間：10月～翌年3月末まで） <input type="checkbox"/> 高齢者带状疱疹（生ワクチン） <input type="checkbox"/> 高齢者带状疱疹（不活化ワクチン）： <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 | | | |

《記入例》

定期予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

佐野市長 様

被接種者がお子様の場合は、
保護者の名前を書いてください。

申請者 住所
氏名
電話

次の理由により佐野市で実施する予防接種を受けることができません。
つきましては、次のとおりです。

【例】

- ・里帰り出産のため、〇県の母親の実家に滞在しているため
- ・〇〇の疾患により通院中であるため
- ・〇〇でかかりつけのため

| | |
|---|---|
| 理由 | |
| 接種を希望する医療機関 | 医療機関名 住所 |
| 被接種者 | 住所 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ |
| | フリガナ |
| | 氏名 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ |
| 生年月日 | 年 月 日 (満 歳) |
| 予防接種の種類 | <input type="checkbox"/> ロタウイルスワクチン (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目) |
| | <input type="checkbox"/> B型肝炎ワクチン (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目) |
| | <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌ワクチン (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加) |
| | <input type="checkbox"/> 5種混合 (ジフテリア百日せき破傷風不活化ポリオ混合) (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加) |
| | <input type="checkbox"/> 3種混合 (ジフテリア百日せき破傷風混合) (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加) |
| | <input type="checkbox"/> 2種混合 (ジフテリア破傷風混合) |
| | <input type="checkbox"/> ヒブワクチン (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加) |
| | <input type="checkbox"/> 不活化ポリオワクチン (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加) |
| | <input type="checkbox"/> BCG |
| | <input type="checkbox"/> MR (麻しん風しん混合) (<input type="checkbox"/> 1期 <input type="checkbox"/> 2期) |
| | <input type="checkbox"/> 麻しん (<input type="checkbox"/> 1期 <input type="checkbox"/> 2期) |
| | <input type="checkbox"/> 風しん (<input type="checkbox"/> 1期 <input type="checkbox"/> 2期) |
| | <input type="checkbox"/> 水痘ワクチン (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目) |
| | <input type="checkbox"/> 日本脳炎ワクチン (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 2期) |
| | <input type="checkbox"/> 子宮頸がん (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目) |
| | <input type="checkbox"/> RSウイルスワクチン |
| | <input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ (接種期間：10月～翌年3月末まで) |
| <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌 | |
| <input type="checkbox"/> 高齢者新型コロナウイルス (接種期間：10月～翌年3月末まで) | |
| <input type="checkbox"/> 高齢者带状疱疹 (生ワクチン) | |
| <input type="checkbox"/> 高齢者带状疱疹 (不活化ワクチン)： <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 | |

医療機関の所在地も記入してください。

- ・県内は〇市
- ・県外は〇県〇市〇〇番地

約半年の間で受けられるものにチェックをしてください。