

(様式第1号)

予防接種依頼書交付申請書

松戸市長あて

年 月 日

申請者	住所
	氏名
	接種を受ける人との続柄 本人・保護者 ・その他 ()
	電話番号 (日中ご連絡の取れる番号) ()

松戸市で実施する予防接種を下記理由により受けることができませんので、依頼書の交付を申請いたします。

接種を受ける人	ふりがな	生 年 月 日		
	氏 名	西暦 年 月 日 (歳 ヶ月)		
接種を受ける人	住 所 電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者以外の場合 〒 日中ご連絡の取れる電話 ()		
	保護者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者以外の場合(氏名)		
予 防 接 種 名	※依頼書が必要な予防接種にチェックを付けて、()の希望する回目・期の数字に○をしてください。			
	<input type="checkbox"/> ロタウイルス	ロタリックス(1・2)回目	<input type="checkbox"/> ロタテック(1・2・3)回目	
	<input type="checkbox"/> B型肝炎	初回(1・2・3)回目		
	<input type="checkbox"/> Hib 感染症	初回(1・2・3)回目	<input type="checkbox"/> Hib 感染症追加	
	<input type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌感染症	初回(1・2・3)回目	<input type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌感染症追加	
	<input type="checkbox"/> 5種混合(DPT-IPV-Hib)	第1期初回(1・2・3)回目	<input type="checkbox"/> 5種混合(DPT-IPV-Hib)第1期追加	
	<input type="checkbox"/> ポリオ	第1期初回(1・2・3)回目	<input type="checkbox"/> ポリオ第1期追加	
	<input type="checkbox"/> BCG			
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん(MR)	第(1・2)期		
	<input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう)	(初回・追加)		
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	第1期初回(1・2)回目	<input type="checkbox"/> 日本脳炎第1期追加	
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	第2期	<input type="checkbox"/> DT第2期	
	<input type="checkbox"/> ヒトパピローマウイルス(子宮頸がん)感染症(1・2・3)回目			
<input type="checkbox"/> RSウイルス(出産予定日 年 月 日)				
接種を希望する 市区町村 及び病院名	都道府県名	市区町村名	医療機関名	
申請理由	<input type="checkbox"/> 入院入所中 <input type="checkbox"/> 下記住所に長期滞在中 <input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> その他 ()		依頼書の宛名	<input type="checkbox"/> 滞在先の市区町村長 <input type="checkbox"/> 接種を受ける病院長
滞 在 先	〒 (様方) 電話番号 ()			
依頼書の送付先	<input type="checkbox"/> 現住所(住民票のある所) <input type="checkbox"/> 滞在先の住所 <input checkbox"="" type="checkbox/>(接種を受ける人が申請者以外の場合)申請者の住所
 <input type="/> その他の住所 〒 (様方)			
還付申請書の送付先	<input type="checkbox"/> 依頼書の送付先と同じ <input type="checkbox"/> 別の送付先を希望(下記記入) 〒			
返信用封筒	<input type="checkbox"/> 返信用封筒に必要な分の切手を貼付しました ※依頼書と還付申請書の送付先が異なる場合は、各返信用封筒が必要です			