

# 予防接種依頼書交付申請書

年 月 日

申請者	住所
	氏名
	接種を受ける人との続柄 保護者・その他( )
	電話番号(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、滞在地(医療機関)で接種が受けられるよう依頼書の交付を申請いたします。

## 記

接種を受ける人	ふりがな	生 年 月 日	
	氏 名	年 月 日 ( 歳 ヶ月)	
	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 〒 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	<p>※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。</p> <p>ロタウイルス <input type="checkbox"/>ロタリックス(1・2)回目 <input type="checkbox"/>ロタテック(1・2・3)回目 令和2年10月1日から実施(対象は令和2年8月1日以降に生まれた方)</p> <p><input type="checkbox"/>B型肝炎 初回(1・2・3)回目</p> <p><input type="checkbox"/>Hib感染症 初回(1・2・3)回目 <input type="checkbox"/>Hib感染症追加</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/>4種混合(DPT-IPV) 第1期初回(1・2・3)回目 <input type="checkbox"/>4種混合(DPT-IPV) 第1期追加</p> <p><input type="checkbox"/>ポリオ 初回(1・2・3)回目 <input type="checkbox"/>ポリオ追加</p> <p><input type="checkbox"/>BCG</p> <p><input type="checkbox"/>水痘(水ぼうそう)(初回・追加) <input type="checkbox"/>麻しん風しん(MR)(第1・2期)</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/>日本脳炎第2期 <input type="checkbox"/>DT第2期</p> <p><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</p>		
滞 在 先 電 話 番 号	〒 ( ) ( 様方) 電話 ( ) 滞在予定期間( 年 月～ 年 月)		
接種を受ける市区町村 及び病院名	県 市区町村 病院		
依頼書のあて先	1 市区町村長あて ・ 2 接種を受ける病院長あて		
申請理由			
依頼書の送付先	<input type="checkbox"/> 現住所(住民票のある所)希望 <input type="checkbox"/> 滞在先の住所希望 <input type="checkbox"/> 別の送付先を希望 〒 ( 様方)		
接種費用	1 有料 ・ 2 無料		依頼書の提出先 1 市区町村 ・ 2 医療機関

