

別記 第1号様式(第4条第1項第1号)

予 防 接 種 実 施 依 頼 書 交 付 申 請 書

申請日 年 月 日

習志野市長 宛て

申請者氏名

下記の理由により、習志野市以外で予防接種を受けるため依頼書の交付を申請します。

接種を受ける 人の名前			生年月日	年	月	日	
住 所	習志野市						
保護者名			電話	(平日昼間につながる番号)			
希望する 予防接種名	依頼書の有効期限は6ヵ月間です。6ヵ月間で接種できるもののみに☑を入れてください。						
	乳 幼 児	☐ 5種混合	[	☐ 1回目	☐ 2回目	☐ 3回目	☐ 追加]
		☐ 肺炎球菌	[	☐ 1回目	☐ 2回目	☐ 3回目	☐ 追加]
		☐ B型肝炎	[	☐ 1回目	☐ 2回目	☐ 3回目	]
		☐ ロタウイルス	[	☐ 1回目	☐ 2回目	☐ 3回目	]
		☐ 4種混合 第1期	[	☐ 1回目	☐ 2回目	☐ 3回目	☐ 追加]
		☐ 3種混合 第1期	[	☐ 1回目	☐ 2回目	☐ 3回目	☐ 追加]
		☐ Hib	[	☐ 1回目	☐ 2回目	☐ 3回目	☐ 追加]
		☐ BCG					
		☐ MR第1期	☐ MR第2期				
		☐ 水痘	[	☐ 1回目	☐ 2回目	]	
	☐ 日本脳炎第1期	[	☐ 1回目	☐ 2回目	☐ 追加	]	
小 学 生 以 上	☐ 日本脳炎第2期						
	☐ DT第2期						
	☐ HPV感染症	[	☐ 1回目	☐ 2回目	☐ 3回目	]	
	☐ 日本脳炎第1期特例	[	☐ 1回目	☐ 2回目	☐ 追加	]	
	☐ 日本脳炎第2期特例(13歳以上)						
申請事由							
滞在先住所	〒 (様方) 電話番号:						
依頼書の宛名	☐ 市区町村長宛 ☐ 医療機関院長宛						
接種する 医療機関名	医療機関名 電話番号: 所在する市区町村名()						
依頼書 送付先	送付先に☑を入れ、市区町村の場合は住所・担当課・担当者名等も記入してください。 ☐ 現住所 ☐ 滞在先住所 ☐ 市区町村 (担当課 担当者 電話:)						

※複数の予防接種を受ける場合で、依頼書の宛名が異なる場合は、依頼書の宛名別に申請書を提出してください。

予 防 接 種 実 施 依 頼 書 交 付 申 請 書

記入例

申請日 令和● 年 ● 月 ● 日

習志野市長 宛て

申請者氏名 習志野 花子

下記の理由により、習志野市以外で予防接種を受けるため依頼書の交付を申請します。

接種を受ける人の名前	習志野 太郎		生年月日	20××年 ○月 ○日			
住 所	習志野市 津田沼5-△-△						
保護者名	習志野 花子		電話	(平日昼間につながる番号) 047(453)△△△△			
希望する 予防接種名	依頼書の有効期限は6か月間です。6か月間で接種できるものみに☑を入れてください。						
	乳 幼 児	☒ 5種混合	[	☒ 1回目	☐ 2回目	☐ 3回目	☐ 追加
		☒ 肺炎球菌	[	☒ 1回目	☐	☐	☐
		☒ B型肝炎	[	☒ 1回目	☐	☐	☐
		☒ ロタウイルス	[	☒ 1回目	☐ 2回目	☐ 3回目	☐
		☐ 4種混合 第1期	[	☐ 1回目	☐ 2回目	☐ 3回目	☐ 追加
		☐ 3種混合 第1期	[	☐ 1回目	☐ 2回目	☐ 3回目	☐ 追加
		☐ Hib	[	☐ 1回目	☐ 2回目	☐ 3回目	☐ 追加
		☐ BCG					
		☐ MR第1期		☐ MR第2期			
☐ 水痘		[	☐ 1回目	☐ 2回目	☐	☐	
☐ 日本脳炎第1期	[	☐ 1回目	☐ 2回目	☐ 追加	☐		
小 学 生 以 上	☐ 日本脳炎第2期						
	☐ DT第2期						
	☐ HPV感染症	[	☐ 1回目	☐ 2回目	☐ 3回目	☐	
	☐ 日本脳炎第1期特例	[	☐ 1回目	☐ 2回目	☐ 追加	☐	
	☐ 日本脳炎第2期特例(13歳以上)						
申請事由	里帰りのため						
滞在先住所	〒 060-XXXX 北海道札幌市中央区○○1-1-1 (千葉 様方) 電話番号: 090-0000-0000						
依頼書の宛名	☐ 市区町村長宛 ☒ 医療機関院長宛						
接種する 医療機関名	医療機関名 ○○○○クリニック 電話番号: 所在する市区町村名(●●市						
依頼書 送付先	送付先に☑を入れ、市区町村の場合は住所・担当課・担当者名等も記入してください。 ☐ 現住所 ☒ 滞在先住所 ☐ 市区町村 (担当課 担当者 電話:)						

※複数の予防接種を受ける場合で、依頼書の宛名が異なるときは、依頼書の宛名別に申請書を提出してください。