

予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

備前市長 様

申請者 住所
氏名 続柄 ()
電話 () -

下記のとおり接種を希望するため、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

被接種者	フリガナ 氏 名	
	生年月日	年 月 日
	住所	備前市
	保護者氏名 (被接種者が未成年の場合)	
希望する定期予防接種	<ul style="list-style-type: none"> ・五種混合・三種混合 1期初回 (1回 2回 3回) 追加 ・二種混合 2期 ・不活化ポリオ 初回 (1回 2回 3回) 追加 ・BCG ・麻しん 1期 2期 ・日本脳炎 1期初回 (1回目 2回目) 1期追加 2期 ・子宮頸がん 1回 2回 3回 ・ヒブ 1回 2回 3回 追加 ・小児用肺炎球菌 1回 2回 3回 追加 ・水痘 1回 2回 ・B型肝炎 1回 2回 3回 ・ロタ 1回 2回 3回 	<ul style="list-style-type: none"> ・麻しん風しん混合 (MR) 1期 2期 ・風しん 1期 2期 ・RS (妊婦のみ)
	<ul style="list-style-type: none"> ・帯状疱疹 1回目 2回目 ・季節性インフルエンザ ・高齢者肺炎球菌 ・新型コロナウイルス 	
接種希望日	令和 年 月 日	
依頼理由		
接種希望医療機関	住所 医療機関名 ☎ -	
滞在先住所 (施設名)		

※帯状疱疹・高齢者肺炎球菌は、その年の定期予防接種対象者のみとし、接種期間は定期接種期間内に接種を完了するものを対象とする。

※季節性インフルエンザ・新型コロナウイルスワクチンは、65歳以上の者を対象とし、その年の10月～翌年1月末までに接種するものに限る。非課税世帯は、事前申請が必要。