

摂津市予防接種実施依頼書交付申請書

令和 年 月 日

摂津市長 様

申請者 住所 _____

氏名 _____

電話番号 _____

被接種者との続柄 _____

次のとおり摂津市以外で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。

予防接種を受ける者	フリガナ		性別
	氏名		男 ・ 女
	生年月日	平成 ・ 令和 年 月 日 (歳)	
予防接種の種類 (希望するものに○印をつけてください)	ロタ ウイルス (ロタリックス) (1回目 ・ 2回目) ※どちらのワクチンを使用するか (ロタテック) (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) 病院でご確認ください。		
	B型肝炎 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目)		
	ヒブ (初回1 ・ 初回2 ・ 初回3 ・ 追加)		
	小児用肺炎球菌 (初回1 ・ 初回2 ・ 初回3 ・ 追加)		
	五種混合 1期 (初回1 ・ 初回2 ・ 初回3 ・ 追加)		
	四種混合 1期 (初回1 ・ 初回2 ・ 初回3 ・ 追加)		
	二種混合(DT)		
	不活化ポリオ (初回1 ・ 初回2 ・ 初回3 ・ 追加)		
	BCG		
	麻しん風しん(MR) (1期 ・ 2期)		
	水痘(水ぼうそう) (1回目 ・ 2回目)		
	日本脳炎 (初回1 ・ 初回2 ・ 追加 ・ 2期)		
	HPV (ガーダシル) (サーバリックス) (シルガード9) (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目)		
予防接種を受ける医療機関名等	市 医療機関名		
理由	1. かかりつけ医のため 2. 帰省中のため 3. その他 ()		
連絡先			

※ この申請は、予防接種の接種前の申請のみ有効です。接種後の申請はできません。

公 印	課 長	課長代理	係 長	係 員	受 付	還付説明
						済・未