

年 月 日

大和高田市長 宛

申請者※

氏 名

被接種者との関係 父・母・その他（ ）

住 所

電話番号

※被接種者が未成年の場合は、保護者の情報を記入してください。

予防接種法に基づき大和高田市が実施する定期予防接種を都合により受けることができないので、次のとおり予防接種依頼書を発行してください。

被接種者 (接種を受ける方)	住民票の住所	大和高田市	
	滞在先住所	〒 () 様方)	
	フリガナ		性別 (男 ・ 女)
	氏名		
	生年月日	年 月 日生	
年度内に 実施する 予防接種の 種類	※該当するものに☑をつけてください		
	ロタウイルス	☐ 1 回目 ☐ 2 回目 ☐ 3 回目	
	B型肝炎	☐ 1 回目 ☐ 2 回目 ☐ 3 回目	
	ヒブ	初回 (☐ 1 回目 ☐ 2 回目 ☐ 3 回目) ☐ 追加	
	小児肺炎球菌	初回 (☐ 1 回目 ☐ 2 回目 ☐ 3 回目) ☐ 追加	
	5 種混合 (DPT-IPV-Hib)	初回 (☐ 1 回目 ☐ 2 回目 ☐ 3 回目) ☐ 追加	
	4 種混合 (DPT-IPV)	初回 (☐ 1 回目 ☐ 2 回目 ☐ 3 回目) ☐ 追加	
	B C G	☐ 1 回	
	麻しん・風しん混合 (MR)	☐ 1 期 ☐ 2 期	
	水痘	☐ 1 回目 ☐ 2 回目	
	日本脳炎	1 期初回 (☐ 1 回目 ☐ 2 回目) ☐ 1 期追加 ☐ 2 期	
	2 種混合 (DT)	☐ 1 回	
	子宮頸がん予防 (HPV)	☐ 1 回目 ☐ 2 回目 ☐ 3 回目	
その他 ()	() 回目		
依頼する理由	☐ 出産に伴う里帰り ☐ 長期入院治療・長期施設入所 ☐ その他 ()		
依頼書受取方法	☐ 保健センター窓口 ☐ 郵送 → (送付先 ☐ 住民票住所 ☐ 滞在先)		
予防接種実施医療機関	医療機関名 : _____ 院 長 名 : _____ 所 在 地 : _____ 電 話 番 号 : _____		

※予防接種を集団接種で実施している場合は、医療機関名に滞在先の市区町村名を、院長名に市区町村長名をご記入ください。

必要書類：母子健康手帳の「予防接種の記録」ページの写し、県外で受ける予防接種の予診票切手※を貼付した返信用封筒（角形 2 号）（郵送での手続きに限る）

※同封する予診票が 1 枚～4 枚の場合は 140 円切手を、5 枚以上の場合は 180 円切手を貼付してください。

窓口担当者

--	--