

予防接種依頼書交付申請書

八幡浜市長 様

申請者住所

申請者氏名

(続柄)

下記のとおり、定期予防接種依頼書の交付を申請します。

被 接 種 者	氏 名	(フリガナ)		
	生 年 月 日 (年 齡)	年 月 日 (歳 月)		
	住 所			
	※A類のみ 保護者氏名		電 話 番 号	
	滞 在 先	〒		
希望する 予防接種の種類 (○をつけてください)	A 類	Hib感染症	初回（1回目・2回目・3回目）・追加	
		小児の肺炎球菌	初回（1回目・2回目・3回目）・追加	
		B型肝炎	1回目・2回目・3回目	
		四種・五種混合	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加	
		B C G		
		麻しん・風しん	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	
		二種混合	2期	
		ヒトパピローマウイルス感染症	1回目・2回目・3回目	
	ロタウイルス感染症	ロタリックス1価（1回目・2回目） ロタテック5価（1回目・2回目・3回目）		
	その他（	）		
	B 類	高齢者肺炎球菌		
		高齢者インフルエンザ		
		高齢者新型コロナウイルス		
高齢者带状疱疹				
申請理由 (○をつけてください)	1 里帰り（里帰り出産）のため	宛 名	(依頼書提出先) ※滞在先市町村 へ確認の上、記入してください。 ☐ 市区町村 ☐ 医療機関	
	2 入院（入所）のため			
	3 その他（			
予防接種 実施医療機関	所在地			
	医療機関名	TEL		
依頼書受領方法	1 申請者住所に郵送 2 滞在先に郵送 3 その他（			
※八幡浜市記入欄	住基 ・ 母子健康手帳	対応者		