

千早赤阪村予防接種依頼書交付申請書

千早赤阪村長 様 年 月 日

申請者（保護者・代理人）

氏名 続柄

住所

電話番号 - -

千早赤阪村の指定する医療機関で予防接種を受けることができないため、予防接種依頼書の交付をお願いします。

記

1. 被接種者

ふりがな 氏 名		性別	男 ・ 女
住 所	千早赤阪村大字		
生年月日	年 月 日（満 歳 か月）		

2. 接種を希望する予防接種の種類と接種区分

※子どもの予防接種の場合は、接種予定医療機関にて接種スケジュールを相談してから申請してください。

☐ 五種混合	1 期初回（1 回目・2 回目・3 回目）追加
☐ 二種混合（D T）	2 期
☐ 不活化ポリオ	1 期初回（1 回目・2 回目・3 回目）追加
☐ 麻しん	1 期・2 期
☐ MR（麻しん風しん混合）	1 期・2 期
☐ 風しん	1 期・2 期
☐ 日本脳炎	1 期初回（1 回目・2 回目・追加）・2 期
☐ B C G	
☐ ヒブ（Hib）	初回（1 回目・2 回目・3 回目）・追加
☐ 小児用肺炎球菌	初回（1 回目・2 回目・3 回目）・追加
☐ 子宮頸がん（HPV）シルガード9	1 回目・2 回目・3 回目
☐ 水痘	1 回目・2 回目
☐ B型肝炎	1 回目・2 回目・3 回目
☐ ロタウイルス 1 価（ロタリックス）	1 回目・2 回目
☐ ロタウイルス 5 価（ロタテック）	1 回目・2 回目・3 回目
☐ RSウイルス	
☐ インフルエンザ	
☐ 成人用肺炎球菌	
☐ 新型コロナウイルス感染症	
☐ 帯状疱疹	生ワクチン・組換えワクチン（1 回目・2 回目）

3. 指定医療機関で接種を受けられない理由

1. 保護者の里帰り出産等のために、村外に滞在しているため
2. 村外の施設に入所又は医療機関に入院しているため
3. 先天性疾患、慢性疾患、難病等の事情により、かかりつけ医での接種を行うため
4. その他（具体的に

4. 接種医療機関等

名称	所在地
	電話番号（

5. 滞在地（上記被接種者の住所と異なる場合）

名称	所在地
滞在中連絡のつく、被接種者又は申請者の電話番号（	
滞在予定期間	年 月 日まで ・ 未定