様式第１号（第３条関係）

定期予防接種実施依頼書発行申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請日　　　令和　　　年　　　月　　　日

大崎市長　　　様

申請者　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

電話番号　　　　　　　－　　　　　－

（被接種者との続柄　　　　　　　　）

次の理由により，大崎市が予防接種法に基づき実施する定期予防接種を受けることができないので，予防接種依頼書の発行について申請します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 接種を受ける方 | 住民票上の住所 | 〒　　　－　　　　　大崎市 |
| 滞在先住所 | 〒　　　－　　　　　 |
| フリガナ |  | 性別（ 男 ・ 女 ） |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　日生 |
| 依頼する予防接種 | **※該当するものに○をつけてください** |
| 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） | １期初回（１回目・２回目・３回目）・１期追加 |
| ４種混合（DPT-IPV） | １期初回（１回目・２回目・３回目）・１期追加 |
| ２種混合（DT） | １回 |
| BCG | 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 |
| 子宮頸がん予防（HPV） | １回目・２回目・３回目 |
| B型肝炎 | １回目・２回目・３回目 |
| ロタ | １回目・２回目・３回目（※３回目は５価のみ） |
| 高齢者インフルエンザ | １回 |
| 高齢者新型コロナウイルス | １回 |
| 成人用肺炎球菌 | １回 |
| 高齢者帯状疱疹 | １回目・２回目（※２回目は組換えワクチンのみ） |
| その他（　　　　　　　） |  |
| 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（　　　　　　　　） |
| 依頼書の宛名 | □滞在先の市区町村長（※事前に滞在先自治体の予防接種担当課に確認してください。）□接種を希望する医療機関の長　医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号：　　　　　　　　　　　　　　　　 |