

様式第 2 号（第 6 条関係）

定期予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

日置市長

様

申請者 住所

氏名

被接種者との続柄（ ）

連絡先

次の理由により、日置市が実施する予防接種法に基づく定期予防接種を他市区町村で受けますので、定期予防接種実施依頼書の交付を申請します。

被接種者	住 所	日置市		
	氏 名			
	生 年 月 日	年 月 日		
接種を希望する 予防接種の種類 (予防接種及び回数に ○をつけてください)	母子 【A類】	R S ウイルス感染症（母子免疫ワクチン）		
		B 型肝炎	1 回目・2 回目・3 回目	
		ロタウイルス	1 回目・2 回目・3 回目（3 回目は五価のみ）	
		小児用肺炎球菌	1 回目・2 回目・3 回目・追加	
		5 種混合（2 期は 2 種混合のみ）	1 回目・2 回目・3 回目・追加・2 期	
		B C G		
		麻しん風しん	第 1 期・第 2 期	
		水痘	1 回目・2 回目	
		日本脳炎	1 回目・2 回目・追加・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	
	大人 【B類】	高齢者肺炎球菌		
		带状疱疹	1 回目・2 回目（2 回目は組換えワクチンのみ）	
		インフルエンザ		
		新型コロナウイルス感染症		
	接種予定 医療機関	名 称		
		所 在 地	〒	
電 話 番 号				
接種予定日	年 月 日～ 年 月 日			
理由	1 里帰り出産	2 その他（ ）		
滞在先	住 所	〒		
	世 帯 主 名			
依頼書の宛先	接種を受ける病院長宛 ・ 市区町村宛			

備考 母子健康手帳の写しを添付してください（予防接種済証の交付に代えて母子健康手帳に証明すべき事項を記載する予防接種に限る。）。