予 防 接 種 依 頼 申 請 書

年　　月　　日

相 模 原 市 長 殿

〒

住　所　相模原市　　区

申請者　氏　　名

（保護者）電話番号　　（　　）

次のとおり予防接種を受けたいので、依頼書の発行を申請します。

対 象 者 （予防接種を受ける人）	ふりがな		受 診 番 号
	氏　名		
	生年月日	年　　月　　日（満　　歳　　か月）	
	住　所		
申請理由	該当する番号に〇印をし、その理由等について詳しく記入してください。 １．市の協力医療機関以外の医療機関に、☐ かかりつけ ☐ 入院中 ☐ 通院中 のため ※該当するものに☑してください。 理由： ・医療機関名 ・所　在　地 ２．特別な事情により市外に滞在しているため 理由： ３．その他 理由：		
滞在先住所等 （市外に滞在していない場合は、記入の必要はありません。）	〒 滞在先世帯主名　　電話　　（　　）		
	滞在期間	年　　月　　日～　　年　　月　　日	

接種方法確認先市町村 ※確認をした自治体情報をご記入ください。	〒 担当課名称　　電話　　（　　）

定期予防接種の種類（**番号、回数に〇をしてください。**）	接種方法確認欄（該当欄に☑してください。）		
	窓口支払い	依頼先	書類送付先
１．Ｂ型肝炎　１回目・２回目・３回目	☐有･☐無	☐自治体・☐医療機関	☐本人(市内・滞在先)・☐確認先市町村
２．ヒブワクチン　１回目・２回目・３回目・追加	☐有･☐無	☐自治体・☐医療機関	☐本人(市内・滞在先)・☐確認先市町村
３．小児用肺炎球菌　１回目・２回目・３回目・追加	☐有･☐無	☐自治体・☐医療機関	☐本人(市内・滞在先)・☐確認先市町村
４．ロタウイルス（ロタテック）１回目・２回目・３回目	☐有･☐無	☐自治体・☐医療機関	☐本人(市内・滞在先)・☐確認先市町村
５．ロタウイルス（ロタリックス）１回目・２回目	☐有･☐無	☐自治体・☐医療機関	☐本人(市内・滞在先)・☐確認先市町村
６．五種混合　１期（１回目・２回目・３回目・追加）	☐有･☐無	☐自治体・☐医療機関	☐本人(市内・滞在先)・☐確認先市町村
７．三種混合　１期（１回目・２回目・３回目・追加）	☐有･☐無	☐自治体・☐医療機関	☐本人(市内・滞在先)・☐確認先市町村
８．ポリオ　１回目・２回目・３回目・追加	☐有･☐無	☐自治体・☐医療機関	☐本人(市内・滞在先)・☐確認先市町村
９．ＢＣＧ　１回目	☐有･☐無	☐自治体・☐医療機関	☐本人(市内・滞在先)・☐確認先市町村
10．麻しん風しん混合　１期・２期	☐有･☐無	☐自治体・☐医療機関	☐本人(市内・滞在先)・☐確認先市町村
11．麻しん・風しん　１期・２期	☐有･☐無	☐自治体・☐医療機関	☐本人(市内・滞在先)・☐確認先市町村
12．水痘　１回目・２回目	☐有･☐無	☐自治体・☐医療機関	☐本人(市内・滞在先)・☐確認先市町村
13．日本脳炎　１期（１回目・２回目・追加）・２期	☐有･☐無	☐自治体・☐医療機関	☐本人(市内・滞在先)・☐確認先市町村
14．二種混合　１期（１回目・２回目・追加）・２期	☐有･☐無	☐自治体・☐医療機関	☐本人(市内・滞在先)・☐確認先市町村
15．HPV 感染症　１回目・２回目・３回目	☐有･☐無	☐自治体・☐医療機関	☐本人(市内・滞在先)・☐確認先市町村