

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)					
申請理由	該当する番号に 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 のため 通院中 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 (市外に滞っていない場合は、記入の必要はありません。)	〒 滞在先世帯主名 電話 () 滞在先期間 年 月 日 ~ 年 月 日						
定期予防接種の種類 (番号、回数に をしてください。)		接種方法確認欄 (該当欄に☑してください。)					
		料金の有無	依頼書あて先	依頼書送付先			
1. B型肝炎 1回目・2回目・3回目		有料・無料	市長・医療機関	本人(市内・滞在先)・滞在先市町村			
2. ヒブワクチン 1回目・2回目・3回目・追加		有料・無料	市長・医療機関	本人(市内・滞在先)・滞在先市町村			
3. 小児用肺炎球菌 1回目・2回目・3回目・追加		有料・無料	市長・医療機関	本人(市内・滞在先)・滞在先市町村			
4. ロタウイルス(ロタリックス) 1回目・2回目		有料・無料	市長・医療機関	本人(市内・滞在先)・滞在先市町村			
5. ロタウイルス(ロタテック) 1回目・2回目・3回目		有料・無料	市長・医療機関	本人(市内・滞在先)・滞在先市町村			
6. 四種混合 1期(1回目・2回目・3回目・追加)		有料・無料	市長・医療機関	本人(市内・滞在先)・滞在先市町村			
7. 三種混合 1期(1回目・2回目・3回目・追加)		有料・無料	市長・医療機関	本人(市内・滞在先)・滞在先市町村			
8. ポリオ 1回目・2回目・3回目・追加		有料・無料	市長・医療機関	本人(市内・滞在先)・滞在先市町村			
9. BCG		有料・無料	市長・医療機関	本人(市内・滞在先)・滞在先市町村			
10. 麻しん風しん混合 1期・2期		有料・無料	市長・医療機関	本人(市内・滞在先)・滞在先市町村			
11. 麻しん・風しん 1期・2期		有料・無料	市長・医療機関	本人(市内・滞在先)・滞在先市町村			
12. 水痘 1回目・2回目		有料・無料	市長・医療機関	本人(市内・滞在先)・滞在先市町村			
13. 日本脳炎 1期(1回目・2回目・追加)・2期		有料・無料	市長・医療機関	本人(市内・滞在先)・滞在先市町村			
14. 二種混合 1期(1回目・2回目・追加)・2期		有料・無料	市長・医療機関	本人(市内・滞在先)・滞在先市町村			
15. HPV感染症 1回目・2回目・3回目		有料・無料	市長・医療機関	本人(市内・滞在先)・滞在先市町村			
*依頼書の送付が滞在先の市町村の場合、市町村の送付住所をご記入ください。		〒 滞在先市町村担当課名称 電話 ()					