

# 予防接種実施依頼申請書

令和 年 月 日

(あて先) 大阪狭山市長

次のとおり予防接種実施依頼書の交付を申請します。

依頼先 (市町村名・医療機関名)	医療機関の所在地		医療機関名	
	都・道 府・県	市 町・村		
被接種者 (接種を受ける人)	フリガナ			
	氏名	(男・女)		
	生年月日	明治・大正 昭和・平成・令和	年 月 日	( 歳 か月 )
	住所	大阪狭山市		
	電話番号			
	滞在先居住地	〒	様方	
保護者氏名 (高齢者の場合は不要)	被接種者との続柄 (父・母・)		日中に連絡のつく電話番号	
申請者氏名 (保護者と同じ場合は不要)	被接種者との続柄 ( )		日中に連絡のつく電話番号	
予防接種名 (希望するものに ○をつけてください)	ロタ	【 1回目・2回目・3回目 】		
	B型肝炎	【 1回目・2回目・追加 】		
	小児用肺炎球菌	【 1回目・2回目・3回目・追加 】		
	5種混合(百日せき・ジフテリア・破傷風・不活化ポリオ・ヒブ)	【 1期初回 1回目・2回目・3回目、1期追加 】		
	4種混合(ジフテリア・百日せき・破傷風・不活化ポリオ)	【 1期初回 1回目・2回目・3回目、1期追加 】		
	ヒブ	【 1回目・2回目・3回目・追加 】		
	BCG			
	麻しん風しん(MR)混合	【 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 】		
	2種混合(ジフテリア・破傷風)	【 2期 】		
	子宮頸がん予防(HPV)	【 1回目・2回目・3回目 】		
	高齢者インフルエンザ	※年度内に1回限り		
高齢者肺炎球菌	※生涯に1回限り			
理由 (できるだけ詳しく)	・かかりつけ医のため	(疾患名	医療機関名	)
	・入院・入所中のため	(施設名・住所		)
	・保護者が里帰り出産のため	(住所		)
	・その他の理由	(		)
依頼書の送付先	・被接種者の住所 ・滞在先居住地 ・その他(〒 ) ・窓口受取			

## <必ずお読みください>

- 実施依頼書は、予防接種を受けたことにより、万一健康被害などが発生した場合、救済を行うための書類です。
- 申請される前には、接種を希望される医療機関の所在する市町村の予防接種担当課に予防接種実施依頼書の必要の有無、接種費用についてなどを必ずご確認ください。
- 送付先の住所を記入し、切手を貼った返信用封筒をご準備ください。
- 接種費用が全額実費となる場合には、接種費用の償還払い(返金)制度があります。