

様式第3号 (第7条関係)

年 月 日

門真市予防接種依頼申請書

門真市長 宮本 一孝 様

住所
申請者 氏名 (被接種者との続柄:)
電話

下記の理由により門真市で予防接種を受けることができないため、他市町村の実施する予防接種を受けたいので、予防接種依頼書の発行を申請します。

記

被接種者	住所	〒 ー 門真市
	氏名	
	生年月日	年 月 日 (歳 か月)
保護者氏名 ※		
予防接種の種類 (希望のものを○で囲む)		B型肝炎(1・2・3)・ヒブ<初回(1・2・3)・追加> ロタウイルス(1・2・3) ※ロタウイルスは同一ワクチンで接種すること 小児肺炎球菌<初回(1・2・3)・追加> 四種混合(1期<初回(1・2・3)・追加>) 不活化ポリオ(1期<初回(1・2・3)・追加>) BCG・日本脳炎(1期<1・2・追加>・2期)・水痘(1・2) 麻しん風しん混合(1期・2期)・麻しん(単)・風しん(単) 二種混合・子宮頸がん予防(1・2・3) 高齢者インフルエンザ・高齢者肺炎球菌
本市で予防接種を受けられない理由 (番号を○で囲む)		(1) 病気治療等により市外のかかりつけ医が属する医療機関等(受託医療機関を除く。)に入院し、又は通院している (2) 里帰り出産等やむを得ない理由により市外に一時滞在しており、受託医療機関での接種が困難
予防接種実施機関 (市町村・保健所・医療機関など)		所在地 〒 ー 名称 電話番号 (ー ー)
郵送先・連絡先 (申請者と異なる場合記入)		住所 〒 ー 氏名 電話番号 (ー ー)

※ 保護者氏名が申請者と同じ場合、及び高齢者インフルエンザ予防接種、高齢者肺炎球菌予防接種の場合は記入の必要はありません。

以下の欄には記入しないでください。(市使用欄)

住民登録: 有・無	調査日: 年 月 日	調査者名:
-----------	------------	-------