

## 予防接種実施依頼書交付申請書

令和〇年〇月〇日

伊佐市長様

申請者（※18歳未満の場合は保護者）

住 所 〒895-2511

伊佐市大口里1888番地

氏 名 伊佐 太郎（※）

（※）本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

被接種者との続柄【父】

電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

次の理由により、伊佐市が実施する予防接種を他市町村で接種希望しますので、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

被接種者	住 所	伊佐市大口里1888番地		
	フリガナ	伊佐 太郎		
	氏 名	伊佐 花子		
	生年月日	令和 7年 6月 1日		

複数回の接種を予定している場合は、必要な回数を「〇」で囲んでください。

希望する 予防接種 (〇で囲む。)	申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> 里帰り <input type="checkbox"/> 進学 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	ヒブ	1回目・2回目・3回目・追加		
	小児用肺炎球菌	1回目	2回目	3回目
	B型肝炎	1回目	2回目	3回目
	ロタウイルス	1価	1回目	2回目
		5価	1回目・2回目・3回目	
	4種混合	1回目・2回目・3回目・追加		
	5種混合	1回目・2回目・3回目・追加		
	BCG			
	水痘	1回目・2回目		
	MR	1期・2期		
	日本脳炎	1回目・2回目・追加・2期		
	2種混合	2期		
	子宮頸がん予防 (2価・4価・9価)	1回目・2回目・3回目		
	インフルエンザ(高齢者)			
	肺炎球菌感染症(高齢者)			
	新型コロナウイルス(高齢者)			
	帯状疱疹(高齢者)			

予約が未だの場合は「未定」としてください。  
※依頼書の有効期限は最長1年です。(ワクチンの種類等で短くなることもあります)

連絡先の記載もお願いします。

最初の接種予定日	年 月 日			未定
	住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇-〇		
滞 在 先	住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇-〇		
	世帯主名	伊佐 一郎 (〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇)		
接種医療機関名又は集団接種会場の名称及び住所	住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇-〇		
	名 称	〇〇医院・〇〇保健センター 等		