

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 花子	
	氏 名	伊佐 花子	
	生年月日	令和 7 年 6 月 1 日	
申請理由		<input checked="" type="checkbox"/> 里帰り <input type="checkbox"/> 進学 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
希望する 予防接種 (○で囲む。)	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 追加	
	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)		
	その他		()
最初の接種予定日		年 月 日 未定	
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	

複数回の接種を予定している
場合は、必要な回数を「○」で
囲んでください。

連絡先の記載をお願いします。

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)