

※ 太枠の中を記入してください。

予 防 接 種 依 頼 申 請 書

年 月 日

(宛先)

秦野市副市長

住 所 秦野市

氏 名

対象者との続柄

電話番号 ( )

次の者が予防接種を受けたいので申請します。

| ふりがな                 |  | 生 年 月 日 |
|----------------------|--|---------|
| 対 象 者 名              |  | 年 月 日   |
| 対 象 者 住 所            | ※申請者と異なる場合に記入してください<br>秦野市   |         |
| 入院・滞在先等住所            | 〒 -<br>( )方 TEL ( )  |         |
| 実施医療機関名              |  |         |
| 住 所・電 話              | 〒 -<br>TEL ( )   |         |
| 申 請 理 由              | ※該当するものの番号を○で囲んでください。<br>1 里帰り中のため、市外での予防接種を希望する。<br>2 疾病のため、秦野市契約外のかかりつけ医での予防接種を希望する。<br>3 その他のやむを得ない理由 ( ) |         |
| 依頼期間(接種予定日)          | 年 月 日 から 年 月 日 まで  |         |
| 予防接種の種類              | 期 別  | 実施方法    |
| 1. 四種混合(DPT-IPV)     | 1 期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加   | 集団 医療機関 |
| 2. 五種混合(DPT-IPV-Hib) | 1 期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加   | 集団 医療機関 |
| 3. 二種混合 (DT)         | 1 回  | 集団 医療機関 |
| 4. 麻しん風しん混合          | 1 期・2 期・その他 ( )  | 集団 医療機関 |
| 5. 麻しん               | 1 期・2 期・その他 ( )  | 集団 医療機関 |
| 6. 風しん               | 1 期・2 期・その他 ( )  | 集団 医療機関 |
| 7. 日本脳炎              | 1 期初回 (1回目・2回目)・1 期追加 ・2 期   | 集団 医療機関 |
| 8. BCG               | 1 回  | 集団 医療機関 |
| 9. ヒブ(Hib)           | 初回 (1回目・2回目・3回目)・追加  | 集団 医療機関 |
| 10. 小児用肺炎球菌          | 初回 (1回目・2回目・3回目)・追加  | 集団 医療機関 |
| 11. 子宮頸がん予防(HPV)     | 1 回目・2 回目・3 回目   | 集団 医療機関 |
| 12. 水痘               | 1 回目・2 回目  | 集団 医療機関 |
| 13. B型肝炎             | 1 回目・2 回目・3 回目   | 集団 医療機関 |
| 14. ロタウイルス           | 1 回目・2 回目・3 回目   | 集団 医療機関 |