

# 《記入例》

令和 年 月 日

(あて先) 前 橋 市 長

住 所 前橋市

氏 名 **保 護 者 名**

連絡先 **前橋の電話番号**

どちらなのかは自治体により異なりますので滞在先の自治体にお問い合わせください。

## 予防接種実施依頼書の交付について（申請）

のことについて、接種者は貴職の実施する予防接種を下記により受けられないため、**医療機関名または市町村名** 接種医・市長 の行う予防接種を受けたいので、

予防接種実施依頼書を交付していただきたく申請いたします。

接種者	住 所	前橋市	
	(フリガナ) 氏 名	<b>子供の名前</b>	( 男 ・ 女 )
	生年月日	平成 令和 年 月 日	
依頼期間		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
予防接種の種類 (依頼期間に受ける予定の種類に○)  定期以外の予防接種は全額自費となります。 (おたふく等)		ロタウイルス	ロタリックス (1回・2回)、ロタテック (1回・2回・3回)
		B型肝炎	1回・2回・3回
		ヒブ (Hib)	初回 (1回目・2回目・3回目)
		小児用肺炎球菌	初回 (1回目・2回目・3回目)
		B C G	1回
		四種混合 (ジフテリア・百日咳・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
		麻しん風しん混合 (MR)	1期・2期
		水痘 (水ぼうそう)	初回・追加
		日本脳炎	1期初回 (1回目・2回目) ・ 1期追加 ・ 2期
		ジフテリア・破傷風第2期	2期
ヒトパピローマウイルス (HPV)	1回目・2回目・3回目		
他市町村で受ける理由	<b>(例) 里帰り実家へ長期滞在するため</b>		
滞在先の連絡先	住所：〒 電話番号：	( <b>滞在先の宛名</b> 方)	
接種希望医療機関	医療機関所在地：〒 医療機関名： 電話番号：		
備 考			

滞在期間内で、予防接種が受けられる日からの開始でお願いします。

依頼期間が年度(3/31)を越える長期間の場合には、年度ごとに再度申請をしてください。

ロタは2種類ワクチンがあるので予防接種を行う医療機関にロタの種類を確認してください。