別記　　中央 ・ 日本橋 ・ 月島 ・ 晴海　No.

第１号様式（第３条関係）　　年　月　日

（宛先）中央区長

申請者　住　所

氏　名

被接種者との続柄

定期予防接種実施依頼書交付申請書

予防接種法第５条第１項の規定に基づく予防接種を都合により受けることができないので、下記のとおり、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

記

被接種者氏名		生年月日	年　月　日
保護者氏名		電話番号	
滞在先住所（中央区以外）	〒 様方		
依頼予防接種 ※　希望する予防接種と回数に○をつけてください。	~~Ｈｉｂ感染症~~	~~初回（１回目・２回目・３回目）・追加~~	
	小児の肺炎球菌感染症	初回（１回目・２回目・３回目）・追加	
	Ｂ型肝炎	１回目・２回目・３回目	
	ロタウイルス感染症	１回目・２回目・３回目（ロタテックのみ）	
	五種混合（ＤＰＴ-ＩＰＶ-Ｈｉｂ）	第１期初回（１回目・２回目・３回目）・追加	
	三種混合（ＤＰＴ）	第１期初回（１回目・２回目・３回目）・追加	
	不活化ポリオ	第１期初回（１回目・２回目・３回目）・追加	
	結核（ＢＣＧ）		
	水痘	１回目・２回目	
	麻しん風しん混合（ＭＲ）	第１期・第２期	
	麻しん	第１期・第２期	
	風しん	第１期・第２期	
	日本脳炎	第１期初回（１回目・２回目）・追加・第２期	
	二種混合（ＤＴ）	第１期初回（１回目・２回目）・追加・第２期	
	ﾋﾄﾊﾟﾋﾟﾛｰﾏｳｲﾙｽ（ＨＰＶ）感染症	１回目・２回目・３回目	
滞在理由		滞在期間	
接種場所	医療機関名		
	医療機関住所		
予防接種実施依頼書の宛先 ※　接種予定の医療機関が所在する自治体にお問合せください。	１　市区町村宛 ２　医療機関宛 ３　その他（　　）		
予防接種実施依頼書送付先	１　住所（住民登録のある住所） ２　滞在先住所 ３　その他（　　）		

備考

１　予防接種実施依頼書の宛先が市区町村の場合であっても、医療機関名等を記載してください。

２　予防接種の記録のある母子健康手帳の写しを添付してください。
（母子健康手帳の表紙及び「予防接種の記録(1)」から「予防接種の記録(5)」の頁まで）
ただし、生後２月未満の方はこの添付を省略することができます。