

定期予防接種（承認書・依頼書）交付願

予防接種法に基づいて行う予防接種を下記の理由で実施するにあたり、承認書または依頼書の交付をお願いいたします。

※ 希望する予防接種に○をつけてください

予防接種の種類		・ロタウイルス（1回目・2回目・3回目） ・B型肝炎（1回目・2回目・3回目） ・小児用肺炎球菌（1回目・2回目・3回目・追加） ・ヒブ（1回目・2回目・3回目・追加） ・五種混合（1回目・2回目・3回目・追加） ・四種混合（1回目・2回目・3回目・追加） ・BCG ・MR（麻しん風しん）（第1期・第2期） ・水痘（1回目・2回目） ・日本脳炎（1回目・2回目・追加・第2期） ・二種混合 ・HPV（ヒトパピローマウイルス）（1回目・2回目・3回目）	
接種を受ける方	住 所	桜井市 栗殿 1000-1	
	氏 名	さくら い はな こ 男 ・ 女	
	生年月日	令和 年 月 日（満 歳 か月）	
申請理由		かかりつけ医 その他（里帰り中のため）	
接種希望医療機関		医療機関名・施設名 さくらクリニック	
		住所 〒 ー ー ー ー ー ー ー ー ー ー 県 ー ー 市 ー ー 町 ー ー ー ー	
		電話番号 ー ー ー ー ー ー ー ー	
接種時滞在先 ※住民票と異なる場合記入		〒 ー ー ー ー ー ー ー ー ー ー ー ー ー ー ー ー （ 様方） 電話番号 ー ー ー ー ー ー ー ー	

桜井市長 松井 正剛 様

令和 年 月 日

申請者	住所	桜井市 栗殿 1000-1
	氏名	桜井 太郎（続柄：父）
	電話	ー ー ー ー ー ー ー ー

コメントの追加 [A1]: 県外の医療機関で接種を希望する場合は「依頼書」に○をつけてください。

コメントの追加 [A2]: 接種を希望するワクチン（回数）に○をつけてください。

申請する年度の3月末までに接種予定のワクチンについてまとめて申請できます。

※ロタウイルスワクチンは2種類あり、接種回数が異なります（ロタリックス：2回 ロタテック：3回）。

※令和6年4月1日以降に接種を開始する場合は、五種混合ワクチンを接種。四種混合・ヒブワクチンで接種を始めた方は、原則同一のワクチンを引き続き接種。

※HPV ワクチンは3種類あり、種類や接種年齢により回数が異なります。（2価：3回 4価：3回 9価：15歳未満は2回、15歳以上は3回）

コメントの追加 [A3]: 桜井市外の医療機関で接種を希望する理由を記入してください。（例）里帰り中のため・滞在先の自治体で接種を希望するため

コメントの追加 [A4]: 桜井市から接種希望医療機関へ連絡しますので、記入してください。

コメントの追加 [A5]: 接種時点で滞っている住所を記入してください。

コメントの追加 [A6]: 日中に連絡のつく電話番号を記入してください。

コメントの追加 [A7]: 申請者は、原則、未成年（18歳未満）の方は保護者、成人（18歳以上）の方は本人が申請してください。