2023年度　予防接種実施依頼申請書

知立市長　殿　　令和　　年　　月　　日

＜申請者＞

住所	〒　　－	
フリガナ		
保護者名	(姓)	(名)
電話番号	－　　－	

下記の事由により、他市にて予防接種を実施したく申請します。

※該当箇所に☑、必要事項の記載をお願いします

被接種者	フリガナ		
	氏名	(姓)	(名)
	生年月日	年　　月　　日	
	住所	□ 申請者の住所と同じ □ 知立市（　　）	
接種希望医療機関	名称	**※ 事前に実施可能か確認して下さい**	
	所在地	□ 愛知県（　　市 ・ 町 ・ 村 ） □（　　県　　市 ・ 町 ・ 村 ）	
申請理由	□ かかりつけ医　□ 長期入院治療　□ 里帰り出産等 □ その他（施設入所等：　　）		
	滞在先 ※住所地と異なる場合	住所	〒　　－
		世帯主	(姓)　(名)　電話番号　－　－
	滞在期間	令和　　年　　月　から　令和　　年　　月	

申請する予防接種					
接種希望のワクチン回数に〇をつけて下さい	ロタリックス	1回目	2回目		
	ロタテック	1回目	2回目	3回目	
	ヒブ	1回目	2回目	3回目	追加
	小児肺炎球菌	1回目	2回目	3回目	追加
	B型肝炎	1回目	2回目	3回目	
	4種混合	1回目	2回目	3回目	追加
	ＢＣＧ	BCG			
	不活化ポリオ	1回目	2回目	3回目	追加
令和5年度中（令和6年3月31日まで）に接種するものを申請して下さい。	ＭＲ	1期	2期(年長)		
	水痘	1回目	2回目		
	日本脳炎	1回目	2回目	追加	2期(4年)
	日本脳炎特例	1回目	2回目	追加	2期
	2種混合（DT）	2期(6年)			
	子宮頸がん	1回目	2回目	3回目	

【保健センター記載欄】	受付者		交付予定日	/	交付方法	窓口・郵送・担当(　　)