

大和市任意予防接種依頼申請書

年 月 日

大和市長 あて

申請者 住所
(保護者)

電話 — —

氏名

被接種者との続柄

別紙「大和市特別の理由による任意予防接種費用助成に関する理由書」に記載の理由により、任意で予防接種の再接種を受けたいので、依頼書の発行を申請します。

被接種者 (予防接種を受ける人)	ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)
	住所			
接種を実施する 医療機関	・ 名 称 _____			
	・ 所 在 地 _____			
	受診科名 _____		電話番号 _____	
	・ 主治医 _____		病 名 _____	
再接種が必要な 予防接種	種類		回数	
	<input type="checkbox"/> B型肝炎		回	
	<input type="checkbox"/> 結核 (BCG)		回	
	<input type="checkbox"/> 5種混合・4種混合・3種混合		回	
	<input type="checkbox"/> ジフテリア・破傷風 (DT)		回	
	<input type="checkbox"/> 急性灰白髄炎 (不活化ポリオワクチン)		回	
	<input type="checkbox"/> Hib感染症		回	
	<input type="checkbox"/> 肺炎球菌感染症 (小児)		回	
	<input type="checkbox"/> 麻しん・風しん (MR)		回	
	<input type="checkbox"/> 麻しん		回	
	<input type="checkbox"/> 風しん		回	
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎		回	
	<input type="checkbox"/> 水痘		回	
<input type="checkbox"/> ヒトパピローマウイルス感染症 (〃価)		回		

【市使用欄】

(本人確認書類)

- マイナンバーカード
- 運転免許証
- その他 ()

受付者

記入見本

大和市任意予防接種依頼申請書

年 月 日

大和市長 あて

申請者 住所 大和市鶴間1-31-7
 (保護者)
 電話 046-260-5661
 氏名 健康 花子
 被接種者との続柄 母

点線枠内をご記入ください。

別紙「特別の理由による任意予防接種費用助成に関する理由書」に記載の理由により、任意で予防接種の再接種を受けたいので、依頼書の発行を申請します。

被接種者 (予防接種を受ける人)	ふりがな 氏名	けんこう たろう 健康 太郎	生年月日	平成〇年〇月〇日 (満〇歳〇か月)
	住所	大和市鶴間1-31-7		
接種を実施する 医療機関	・名称 〇〇病院			
	・所在地 大和市鶴間1-31-7			
	受診科名	〇〇科	電話番号	123-456-7890
	・主治医 大和 次郎		病名 〇〇〇〇	
再接種が必要な 予防接種	種類		回数	
	<input checked="" type="checkbox"/> B型肝炎		1回	
	<input checked="" type="checkbox"/> 結核 (BCG)		1回	
	<input checked="" type="checkbox"/> 5種混合・4種混合・3種混合		1回	
	<input checked="" type="checkbox"/> ジフテリア・破傷風 (DT) 2期		1回	
	<input checked="" type="checkbox"/> 急性灰白髄炎 (不活化ポリオワクチン)		1回	
	<input checked="" type="checkbox"/> Hib感染症		1回	
	<input checked="" type="checkbox"/> 肺炎球菌感染症 (小児)		1回	
	<input checked="" type="checkbox"/> 麻しん・風しん (MR)		1回	
	<input type="checkbox"/> 麻しん		回	
	<input type="checkbox"/> 風しん		回	
	<input checked="" type="checkbox"/> 日本脳炎		1回	
	<input checked="" type="checkbox"/> 水痘		1回	
<input type="checkbox"/> ヒトパピローマウイルス感染症 (〇価)		回		

【市使用欄】

(本人確認書類)

- マイナンバーカード
- 運転免許証
- その他 ()

受付者