

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	
	☐ B型肝炎		回	
	☐ 結核 (B C G)		回	
	☐ 5 種混合		回	
	☐ ジフテリア・百日せき・破傷風 (D P T 又は D T)		回	
	☐ ジフテリア・破傷風 (D T)		回	
	☐ 急性灰白髄炎 (不活化ポリオワクチン)		回	
	☐ H i b 感染症		回	
	☐ 肺炎球菌感染症 (小児)		回	
	☐ 麻しん・風しん (MR)		回	
	☐ 麻しん		回	
	☐ 風しん		回	
	☐ 日本脳炎		回	
	☐ 水痘		回	
	☐ ヒトパピローマウィルス感染症 (9 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

点線枠内をご記入ください。

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

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	
	☒ B型肝炎		1 回	
	☒ 結核 (B C G)		1 回	
	☒ 5 種混合		1 回	
	☐ ジフテリア・百日せき・破傷風 (D P T 又は D T)		回	
	☐ ジフテリア・破傷風 (D T)		回	
	☒ 急性灰白髄炎 (不活化ポリオワクチン)		1 回	
	☒ H i b 感染症		1 回	
	☒ 肺炎球菌感染症 (小児)		1 回	
	☒ 麻しん・風しん (MR)		1 回	
	☐ 麻しん		回	
	☐ 風しん		回	
	☒ 日本脳炎		1 回	
	☒ 水痘		1 回	
☐ ヒトパピローマウィルス感染症 (9 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