

予防接種依頼状発行申請書（貝塚市民）

令和 6 年 2 月 1 日

貝塚市長 様

予防接種の実施について下記のとおり依頼状の発行を申請します。

(申請者) 氏 名 大阪 太郎

被接種者との続柄 父

ふりがな	おおさか はなこ	
被接種者氏名	大阪 花子	
生年月日	平成 令和 6 年 4 月 1 日	0 歳 2 か月
保護者氏名	大阪 太郎	
住 所	〒 597 -0072 貝塚市 畠中1丁目17番地1号	
電話番号	072 (000) 0000	
申請理由	・ 基礎疾患(疾患名:)があるため ・ アレルギー()があるため <input checked="" type="checkbox"/> 長期滞在しているため (滞在先住所: ○○市△△町1-1-1 ◇◇様方) ・ その他()	
予防接種種類	・ ロタウイルス(1価・5価 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目)) <input checked="" type="checkbox"/> ヒブ (1回目 2回目 ・ 3回目 ・ 追加) <input checked="" type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 (1回目 2回目 ・ 3回目 ・ 追加) <input checked="" type="checkbox"/> B型肝炎 (1回目 2回目 ・ 3回目) <input checked="" type="checkbox"/> 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 ・ 麻しん風しん混合 (1期 ・ 2期) ・ 水痘 (1回目 ・ 2回目) ・ 日本脳炎 (1期初回1回目 ・ 2回目 ・ 追加 ・ 2期) ・ ヒトパピローマウイルス(HPV) (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) ・ 不活化ポリオ (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加) ・ 第2期二種混合	
依頼先	□□病院 (市町村名又は病院名)	
依頼先住所等	△△市○○町○-○-○	
接種費用	相手先市負担 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 実費	
昼間の連絡先	○○ (○○○○) ○○○○	
連絡可能な時間帯	AM <input checked="" type="checkbox"/> PM 4 : 30 ~ 6 : 30	
送付方法	・ 窓口手渡し希望 <input checked="" type="checkbox"/> 郵送希望	

* 必ず母子健康手帳の予防接種記録のページのコピーを添付のこと