

予防接種依頼状発行申請書（貝塚市民）

令和 2 年 10 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 | 男 ・ <input checked="" type="radio"/> 女 |
| 生年月日 | <input checked="" type="radio"/> 平成 令和 31 年 3 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="radio"/> 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="radio"/> ヒブ (<input checked="" type="radio"/> 1回目 <input checked="" type="radio"/> 2回目 ・ 3回目 ・ 追加) <input checked="" type="radio"/> 小児用肺炎球菌 (<input checked="" type="radio"/> 1回目 <input checked="" type="radio"/> 2回目 ・ 3回目 ・ 追加) <input checked="" type="radio"/> B型肝炎 (<input checked="" type="radio"/> 1回目 <input checked="" type="radio"/> 2回目 ・ 3回目) <input checked="" type="radio"/> 四種混合 (<input checked="" type="radio"/> 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 | <input type="checkbox"/> 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="radio"/> 実費 | |
| 昼間の連絡先 | ○○ (0000) 0000 | |
| 連絡可能な時間帯 | AM <input checked="" type="radio"/> PM 4 : 30 ~ 6 : 30 | |
| 送付方法 | ・ 窓口手渡し希望 ・ <input checked="" type="radio"/> 郵送希望 (指定された金額の切手を貼付した封筒又は代金預かり) | |

* 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