

柏原市長 様

定期予防接種実施依頼書交付申請書

申請者	住所	〒 柏原市		
	氏名		被接種者との続柄	TEL

下記のとおり、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

予防接種の種類 (○印をつけてください)	ロタウイルス [1回目・2回目・3回目] B型肝炎 [1回目・2回目・3回目] 小児肺炎球菌 [1回目・2回目・3回目・1期追加] Hib(ヒブ) [1回目・2回目・3回目・追加] 二種混合 [2期] /BCG 五種混合 [1回目・2回目・3回目・1期追加] 四種混合 [1回目・2回目・3回目・1期追加] 水痘 [1回目・2回目] /麻しん風しん混合 [1期・2期] 日本脳炎 [1回目・2回目・1期追加・2期] 子宮頸がん [1回目・2回目・3回目] /RSウイルス (妊婦)			
受ける人 (被接種者)	ふりがな			
	氏名			
	生年月日	昭和 平成	年 月 日	(歳 か月)
	住所	〒 柏原市		
保護者氏名	(被接種者が満18歳未満の場合のみ記入)			
接種予定日	令和 年 月 日			
接種予定医療機関	医療機関名			
	住所	〒 柏原市		
	TEL			
接種理由	1. 柏原市外の医療機関に入院中 (医療機関名:) 2. 児童養護施設等に入所中 (施設名:) 3. 里帰りのため 4. かかりつけ医による接種を必要とするため 5. その他 ()			
依頼書の受取方法	1. 窓口にて手渡し 2. 郵送 (※郵送の場合は、110円切手を必ず同封してください)			
書類送付先 (依頼書の受取方法で郵送を選択した場合のみ記入)	1. 申請者住所と同じ 2. 滞在场所先 〒 柏原市 (様方) 3. その他 ()			
依頼書の宛名	1. 市区町村長宛 2. 医療機関宛			

(記入例)

柏原市長 様

※18歳以上が申請される
場合、申請者は本人

定期予防接種実施依頼書交付申請書

申請者	氏名	保護者の住所	連絡の取りやすい 電話番号
	保護者の氏名	被接種者 との続柄 父、母等	TEL

下記のとおり、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

予防接種の種類 (○印をつけてください)	ロタウイルス [1回目・2回目・3回目] B型肝炎 [1回目・2回目・3回目] 小児肺炎球菌 [1回目・2回目・3回目・1期追加] Hib(ヒブ) [1回目・2回目・3回目・追加] 二種混合 [2期] /BCG 五種混合 [1回目・2回目・3回目・1期追加] 四種混合 [1回目・2回目・3回目・1期追加] 水痘 [1回目・2回目] /麻しん風しん混合 [1期・2期] 日本脳炎 [1回目・2回目・1期追加・2期] 子宮頸がん [1回目・2回目・3回目] /RSウイルス (妊婦)		
受ける人 (被接種者)	ふりがな		
	氏名	お子さまの名前	
	生年月日	昭和 平成	お子さまの生年月日 年 月 日 (歳 か月)
	住所	〒 柏原市	住民票がある住所
保護者氏名	(被接種者が満18歳未満の場合のみ記入)		接種日が未定の場合 は空けてください。
接種予定日	令和 年 月 日		
接種予定医療機関	医療機関名	予防接種を受ける病院名	
	住所	〒	
	TEL		
接種理由	1. 柏原市外の医療機関に入院中 (医療機関名:) 2. 児童養護施設等に入所中 (施設名:) 3. 里帰りのため 4. かかりつけ医による接種を必要とするため 5. その他 (市外医療機関で出産予定のため)		
依頼書の受取方法	1. 窓口にて手渡し 2. 郵送 (※郵送の場合は、140円切手を必ず同封してください)		
書類送付先 (依頼書の受取方法で郵送を選 択した場合のみ記入)	1. 申請者住所と同じ		
	2. 滞在所先	〒	現在滞在している住所 (様方)
	3. その他 ()		
依頼書の宛名	1. 市区町村長宛 2. 医療機関宛		

《提出先》

柏原市 健康部 健康づくり課 予防接種担当

〒582-8555 柏原市安堂町1番55号 ☎: 072-920-7381