

令和 年 月 日

(宛先) 東大阪市長

申請者 住所 _____

氏名 _____

予防接種法に基づく接種依頼書の交付申請書

下記のとおり、他市町村において実施される予防接種の実施依頼書の交付を申請します。

記

| | |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 予防接種の種類 <small>※</small> <small>※</small> | ロタリックス※ (1回目・2回目) ロタテック※ (1回目・2回目・3回目) B型肝炎 (1回目・2回目・3回目) ヒブ {初回 (1回目・2回目・3回目) 追加} 小児用肺炎球菌 {初回 (1回目・2回目・3回目) 追加} 四種混合 {1期初回 (1回目・2回目・3回目) 1期追加} 二種混合 (2期) BCG 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期初回 (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) |
| 接種を受ける人 (被接種者) | 氏名 |
| | 住所 〒 |
| | 生年月日 平成・令和 年 月 日 生まれ |
| 保護者氏名 | |
| 連絡先電話番号 | 自宅・携帯 - - |
| 接種予定日 | |
| 接種予定医療機関 | 名称 住所 〒 電話 - - |
| 接種先市町村名 | |
| 依頼書送付先住所 | 1. 被接種者住所と同じ 2. その他 〒 (様方) 3. 窓口にて手渡し |
| 理由 | 1 接種先市町村にて入院中 児童養護施設等に入所中 (施設名:) 2 里帰りのため 3 かかりつけ医による接種を必要とするため ・低出生体重児のため ・長期療養疾病のため (病名:) 4 その他 ※以下に具体的に記入ください |

コメントの追加 [H1]:
 接種を希望するワクチン (回数) に
 ○をつけてください。
 概ね3ヵ月先までに接種予定のワクチンに
 ついて、依頼書を発行することができます。

コメントの追加 [H2]:
 必ず、日中に連絡のつきやすい電話番号を
 記入してください。

コメントの追加 [H3]:
 接種を希望する市町村を記入ください。
 例：大阪市

コメントの追加 [H4]:
 東大阪市の外の医療機関で接種を希望する
 該当理由に○をつけてください。

※母子保健・感染症課記入欄 (受付日 処理日 文書番号 自己負担の有・無)
 <提出先>

〒578-0941 東大阪市長岩田町 4-3-22-300

東大阪市長保健所母子保健・感染症課 感染症担当 (電話番号: 072-970-5820 FAX: 072-970-5821)

☆交付申請書を郵送する場合は、住所を記載した返信用封筒、120円切手を同封してください。