記入例

令和×年××月××日

（宛先）東大阪市長

申請者　住所　東大阪市××町〇丁目〇番〇号
氏名　〇〇　〇〇

予防接種法に基づく接種依頼書の交付申請書（記入見本）

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

接種を希望するワクチン(回数)に〇をつけてください。概ね３か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

予防接種の種類 ※ロタワクチンは2種類あり、接種回数が異なります。途中で種類を変更できません。 ※3か月以内に接種可能な予防接種のみ〇を付けてください。	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） 小児用肺炎球菌　（１回目　・　２回目　・　３回目　・　追加 ） ヒ　ブ　（１回目　・　２回目　・　３回目　・　追加 ） 五種混合　（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）
受ける人 （被接種者） すこやか番号が分かる場合はご記入ください	氏名　〇〇　〇〇　【すこやか番号　】 住所　〒×××－××× ××市××町〇丁目〇番〇号 生年月日　平成・令和×年××月××日生まれ
保護者氏名	〇〇　〇〇
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　△△病院 住所　〒×××－××× ◇◇県□□市・・・・ 電話　×××－×××－×××
依頼書送付先住所	１.被接種者住所に同じ ②.その他　〒×××－××× ◇◇県□□市・・・・ （　〇〇様方）
理由	１.東大阪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.低出生体重児のため（出生時体重：　g） ６.長期療養疾病のため（病名：　） ７.その他　※以下に具体的に記入ください

不明の場合は空白でご提出ください

日中に連絡可能な電話番号を記入してください

医療機関に予約した日を記入してください

その他の場合送付先住所を記入してください

該当理由に〇をつけて(　)内を記入してください

※感染症対策課記入欄（受付日　処理日　文書番号　契・償）

＜提出先＞　〒578-0941　東大阪市岩田町 4-3-22-300
東大阪市保健所感染症対策課　予防接種担当　（電話番号：072-960-3805）

☆依頼書は郵送でのお渡しになりますので、住所を記載した返信用封筒に切手を貼り同封してください(ホームページ参照)。料金不足分は受取人払いとさせていただきます。