

課長	課長補佐	G L	グループ	発送日 ()	受付印

・下記の者について、別紙予防接種依頼書を交付してよいか伺います。

予防接種依頼等申請書

令和〇〇年▲▲月■日

下野市長様

申請者住所 下野市笹原26番地

氏名 下野 花子

被接種者との続柄 母 電話 090-9999-9999

予防接種を希望しますので、予防接種依頼書を交付して下さるようお願いいたします。

被接種者	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒下野市 (電話)	
	フリガナ氏名	シモツケ キララ 下野 きらら	性別 男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/> 生年月日 平成・令和 〇年■月〇日 (■歳 ▲か月)

保護者氏名	下野 花子
-------	-------

予防接種の種類	回数等	必要な予診票	接種開始予定日
五種混合	第1期初回 (1回目・2回目・3回目)・追加	2部	令和〇〇年▲▲月■日頃 <input type="checkbox"/> 未定
ヒブ	初回(1回目・2回目・3回目)・追加	部	
小児用肺炎球菌	初回(1回目・2回目・3回目)・追加	部	
四種混合	第1期初回(1回目・2回目・3回目)	部	
BCG	1回目	部	
麻しん風しん混合	1期・2期	部	
日本脳炎	1期初回(1回目・2回目)・追加・2期	部	
二種混合	2期	部	
水痘	1回目・2回目	部	
B型肝炎	1回目・2回目・3回目	部	
HPV(子宮頸がん)	1回目・2回目・3回目	部	
ロタ	1回目・2回目・3回目	部	
その他()		部	

予診票がお手元がない場合はご記入ください。

◎ 依頼先	()都道府県()市区町村長 ・ 医療機関(次のとおり) ※依頼先は、滞在先の自治体にお問い合わせください。
-------	--

医療機関等	所在地	〒100-0013 東京都千代田区霞が関1-2-2
	名称	カンピこどもクリニック

申請理由	<input type="checkbox"/> 出産等による里帰り <input checked="" type="checkbox"/> その他 (被接種者が本市以外に一時滞在しており、本市での接種が困難なため)
------	---

一時滞在地	〒108-8111 東京都千代田区千代田1-1 メゾン千代田808 (滞在期間 6か月) (電話 080-8888-8888)
-------	---

送付先	申請者住所 ・ 被接種者住所 ・ 一時滞在地 (石橋 様方)
-----	--------------------------------

望する場合には使用します ※長期療養等の回復後、定期接種を希望する場合に使用します 医師の理由書欄	該当理由	<input type="checkbox"/> ①厚生労働省で定める別表に掲げる疾病にかかっていたため <input type="checkbox"/> ②臓器の移植を受けた後、免疫の機能を抑制する治療を受けたため <input type="checkbox"/> ③医学的知見に基づき①または②に準ずると認められるため		
	疾病分類	疾病名		
	予診票不相当要因が生じた日	平成・令和 年 月 日		
	予診票不相当事由	太枠内: 長期療養に該当しない場合には記入は不要です。		
	予診票法施行令第1条の3第2項の規定に基づき長期にわたり療養を必要とする疾病等の特別の事情により定期接種を受けることができなかった者が、今般、特別の事情がなくなったため、定期接種を実施できると判断しますので、理由書を提出します。			
医療機関名称	所在地	主治医の署名		
この理由書は、定期予防接種の特例措置対象者に該当するかどうかを判断することを目的としています。このことを理解の上、本理由書が市及び厚生労働省に報告されることに同意します。保護者の署名 ()				