

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	☒ 申請者と同じ 〒 下野市 (電話)				
	フリガナ	シモツケ キララ	性別	男 ☐ 女 ☒	生年月日	平成・令和 〇年 ■月 〇日 (■歳 ▲か月)
	氏 名	下野 きらら				

保護者氏名 下野 花子

予防接種の種類	回数等	必要な予防票	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 ☐ 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)・追加	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
記入してください。◎ 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	〒 000-0000 下野市〇〇〇 ▲▲番地■■
	名称	カンピこどもクリニック

申請理由 ☐ 出産等による里帰り ☐ 災害、ワクチンの大幅な供給不足等
☒ その他 (定期接種期間内に長期療養に該当し、予防接種ができなかったため)

一時滞在地	〒 (滞在期間) (電話)
-------	-----------------

送付先 申請者住所 ・ 被接種者住所 ・ 一時滞在地 (様方)

特例措置対象者該当理由書欄 ※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	該当理由	☐ 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 ☐ 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 ☐ 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	
	予防接種不適当要因が生じた日	平成・令和 年 月 日		
	予防接種不適当要因が解消された日	令和 年 月 日		
	「医師の理由書欄」は、主治医に記入してもらってください。	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。		
	医療機関名称	主治医の署名		
	所在地			

保護者の署名 (下野 花子)