

記入例

春日部市予防接種等依頼書（A類疾病定期接種・再接種・任意接種・風しん抗体検査）交付申請書

年 月 日

春日部市長 あて

申請者

氏 名

下記のとおり、春日部市予防接種等依頼書の交付を申請します。

住所・電話・氏名・  
生年月日を記入

記

予防接種等 を受ける人	現住所	春日部市		電話番号	
	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日	
保護者氏名			年 齢	歳 か月	
種 類	1	ロタウイルス	1回目・2回目・3回目（1価は3回目不要）		
	2	B型肝炎	1回目・2回目・3回目		
	3	ヒブ	初回（1回目・2回目・3回目）・追加		
	4	小児用肺炎球菌	初回（1回目・2回目・3回目）・追加		
	5	5種混合	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加		
	6	4種混合	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加		
	7	3種混合	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加		
	8	2種混合	1期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期		
	9	不活化ポリオ	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加		
	10	BCG			
	11	麻しん	1期・2期		
	12	風しん	1期・2期・5期（抗体検査・予防接種）		
	13	麻しん風しん混合	1期・2期・5期		
	14	水痘（小児）	1回目・2回目		
	15	日本脳炎	1期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期		
	16	肺炎球菌（13価）	1回目・2回目・3回目		
	17	帯状疱疹	1回目	2回目	生ワクチンは1回、不活化ワクチンは2回
接種等の別	A類疾病定期接種・再接種・任意接種・風しん抗体検査				
理 由	1 保護者の里帰りのため 2 長期入院しているため 3 かかりつけ医が春日部市個別予防接種実施医療機関以外のため 4 施設に入所しているため 5 その他（接種を希望しているため）				
予防接種等依頼先 ※該当欄に○印	埼玉県立小児医療センター				
	他市町村（	都道府県	区市町村）		
備 考	○ その他（〇〇クリニック）				

受ける種類回数  
すべてに○  
不活化ワクチンの  
場合は、2回まとめ  
て申請可能

申請前に、希望する医療  
機関に、帯状疱疹ワクチ  
ンの取り扱いの有無を確  
認してください

送付先（現住所）市外の医療機関の場合には、備考に病院住所記載

氏名：

被接種者等との関係：

住所：

電話番号：（ ）