

下記必要事項を記載し、FAXまたは郵送にて提出してください。

【FAX】 03-5273-3820

【郵送】 〒160-0022 新宿区新宿5-18-21 新宿区保健所保健予防課 予防接種担当 あて

予防接種実施依頼書交付申請書

予防接種実施依頼書を下記のとおり交付願います。

| | | | | | |
|---|---|--|--|--|-----------|
| 申請日 | 令和* 年 9 | ① 予防接種の種類 滞在先で接種予定の予防接種の種類、回数に○をつけてください。 ※ 実施依頼の対象は定期接種のみです。任意の予防接種（おたふくかぜ等）は対象外です。 ※ 新宿区のご自宅へ戻る日程が早まった等の理由により、申請した予防接種が滞在先で接種できなくても差し支えありません。 ※ <u>滞在期間は最長で約1年を目安に接種予定をご申請ください。</u> <u>それ以降については、再度申請してください。</u> 様方 ※里帰り出産等で申請者の苗字と表札が異なる場合はご記入ください。 | | | |
| 申請者氏名 | 新宿 花子 | | | | |
| 被接種者 | 住所 | | | | 新宿区 新宿5-1 |
| | 氏名 | | | | 新宿 太郎 |
| | 生年月日 | 令和* 年 8 | | | |
| 滞在先住所 | 〒***-> | 〇〇県〇〇市 | | | |
| 予防接種の種類 ※○をつけてください。 | <input type="radio"/> B型肝炎1回目 | <input type="radio"/> ロタウイルス1回目 (ロタリックス又はロタテック) | MR1期 | | |
| | <input type="radio"/> B型肝炎2回目 | <input type="radio"/> ロタウイルス2回目 (ロタリックス又はロタテック) | MR2期 | | |
| | <input type="radio"/> B型肝炎3回目 | ロタウイルス3回目 (ロタテックのみ) | HPV1回目 (子宮頸がん予防) | | |
| | <input type="radio"/> 小児用肺炎球菌初回1回目 | BCG | HPV2回目 (子宮頸がん予防) | | |
| | <input type="radio"/> 小児用肺炎球菌初回2回目 | 水痘1回目 | HPV3回目 (子宮頸がん予防) | | |
| | <input type="radio"/> 小児用肺炎球菌初回3回目 | 水痘2回目 | <input type="radio"/> ヒブ(初回①②③・追加) ※回数に○をつけてください | | |
| | <input type="radio"/> 小児用肺炎球菌追加 | 日本脳炎1期初回1回目 | <input type="radio"/> DPT-IPV1期(①②③・追加) (四種混合) ※回数に○をつけてください | | |
| | <input type="radio"/> DPT-IPV-Hib1期初回1回目 (五種混合) | 日本脳炎1期初回2回目 | | | |
| | <input type="radio"/> DPT-IPV-Hib1期初回2回目 (五種混合) | 日本脳炎1期追加 | | | |
| | <input type="radio"/> DPT-IPV-Hib1期初回3回目 (五種混合) | 日本脳炎2期 | | | |
| <input type="radio"/> DPT-IPV-Hib1期追加 (五種混合) | 該当する番号に○をつけ、必要事項を記入してください。 | | | | |
| 申請理由 | 里帰り出産のため | ② 依頼書宛先 滞在先市町村が受入可の場合 → 1 滞在先市町村長あて 滞在先市町村が受入不可の場合 → 2 医療機関・施設長あて | | | |
| 依頼書宛先 | 1 滞在先市町村長あて ※滞在先の市町村が、接種依頼を受けることが可能かどうか確認してください。 | ③ 接種費用 申請者が費用負担する場合 → 1 負担あり 滞在先市町村が費用負担する場合 → 2 負担なし | | | |
| 接種費用 | ① 負担あり 2 負担なし | ④ 依頼書送付先 滞在先市町村が受入可の場合 → 依頼書の提出先を滞在先市町村に確認してください。 滞在先市町村が受入不可の場合 → 依頼書は申請者へお送りします。医療機関に提出し、予防接種を受けてください。 | | | |
| 依頼書送付先 | 1 新宿区住所 ② 滞在地住所 3 滞在先自治体 ※滞 担当部署名 所在地 〒 | | | | |