

※ 太枠の中を記入してください。

予 防 接 種 依 頼 申 請 書

令和 年 月 日

厚 木 市 長

申請者(被接種者又は保護者)

住 所 厚木市

氏 名

電話番号

— —

次の者が予防接種を受けたいので申請します。

ふりがな			生 年 月 日	
対 象 者 名 (被接種者の名前)			年 月 日	
対象者住所	〒243— 神奈川県厚木市 Tel () —			
滞在先等住所	〒 — ()方 Tel () —			
実施医療機関	名 称			
	所在地	〒 — Tel () —		
申 請 理 由				
依 頼 期 間	厚木市が定期接種として接種を認めた日から 令和 年 月 日 まで (最長で申請した年度の末日まで)			
予防接種の種類	期 別		実施方法	
1 BCG	1 回		集団	医療機関
2 二種混合(DT)	2 期		集団	医療機関
3 麻しん風しん混合・単独	1 期 ・ 2 期		集団	医療機関
4 日本脳炎	1 期 (1 回目 ・ 2 回目 ・ 追加) ・ 2 期		集団	医療機関
5 五種混合 (DPT-IPV-Hib)	1 期 (1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目 ・ 追加)		集団	医療機関
6 ヒトパピローマウイルス	1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目		集団	医療機関
7 ヒブ	1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目 ・ 追加		集団	医療機関
8 小児用肺炎球菌	1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目 ・ 追加		集団	医療機関
9 水痘	1 回目 ・ 2 回目		集団	医療機関
10 B型肝炎	初回 (1 回目 ・ 2 回目) ・ 追加		集団	医療機関
11 ロタウイルス(※)	1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目 ・ 未定		集団	医療機関
12 RSウイルス	1 回		集団	医療機関

※ワクチンによって接種回数が異なります。(ロタリックス 2 回、ロタテック 3 回)

接種するワクチンがわからない場合は、未定を選択してください。