

※ 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(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 (お子さまの名前)		年 月 日
対象者住所	〒243- 神奈川県厚木市 Tel () -	
保護者氏名 <small>※満16歳以上の方は記載不要です。</small>		
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 四種混合(DPT-IPV)	1期 (1回目・2回目・3回目・追加)	集団 医療機関
7 子宮頸がん予防	1回目・2回目・3回目	集団 医療機関
8 ヒブ	1回目・2回目・3回目・追加	集団 医療機関
9 小児用肺炎球菌	1回目・2回目・3回目・追加	集団 医療機関
10 水痘	1回目・2回目	集団 医療機関
11 B型肝炎	初回 (1回目・2回目) ・ 追加	集団 医療機関
12 ロタウイルス(※)	1回目・2回目・3回目・未定	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。