

## 予防接種実施依頼書交付申請書

下記のとおり、予防接種の依頼書の交付を申請します

申請者氏名(保護者)

下記の太枠の中を記入してください

|                              |   |          |                          |   |    |
|------------------------------|---|----------|--------------------------|---|----|
| ふりがな<br>(予防接種を受ける人)<br>被接種者名 | 生年月日  | 平成<br>令和 | 年                        | 月 | 日生 |
| ふりがな<br>保護者名                 | 申請者の<br>電話番号  |          |                          |   |    |
| 葛飾区の住所                       | 葛飾区 丁目 番 号  |          |                          |   |    |
|                              | 電話番号 ( )  |          |                          |   |    |
| 葛飾区で接種<br>できない理由             |   |          |                          |   |    |
| 滞在先の住所                       | 〒 丁目 番 号 様方   |          |                          |   |    |
|                              | 電話番号 ( )  |          |                          |   |    |
| 依頼書の<br>送付先                  | 1.葛飾区の住所地へ送付 2.滞在先の住所地へ送付 3.下記の住所地へ送付(下記へ記入ください)<br>〒 丁目 番 号 様方 |          |                          |   |    |
|                              | 電話番号 ( )  |          |                          |   |    |
| 実施の確認<br>をしてください             | 現在の滞在先市区町村へ依頼書による予防接種実施について確認をしていますか ( はい ・ いいえ )               |          |                          |   |    |
| 接種費用<br>をしてください              | 1.現在の滞在先の市区町村が負担 2.全額自己負担(後日葛飾区に請求)                             |          |                          |   |    |
| 依頼書の宛先                       |   |          |                          |   |    |
| 定期の予防接種<br>の種類・回数            | 定期の予防接種の種類  |          | 回数<br>接種を希望する回数に をしてください |   |    |
|                              | B型肝炎  |          | 1 ・ 2 ・ 3 回目             |   |    |
|                              | 小児用肺炎球菌   |          | 1 ・ 2 ・ 3 回目 ・ 追加        |   |    |
|                              | 5種混合(DPT-IPV-Hib)<br>(ジフテリア・百日せき・破傷風・不活化ポリオ・ヒブ)                 |          | 1期( 1 ・ 2 ・ 3 回目 ・ 追加 )  |   |    |
|                              | ロタウイルス  |          | 1 ・ 2 ・ 3 回目             |   |    |
|                              | BCG   |          | BCG                      |   |    |
|                              | 日本脳炎  |          | 1期( 1 ・ 2 回目 ・ 追加) ・ 2期  |   |    |
|                              | 麻しん・風しん混合(MR)   |          | 1期 ・ 2期                  |   |    |
|                              | 水痘  |          | 1 ・ 2 回目                 |   |    |
|                              | 3種混合(DPT)<br>(ジフテリア・百日せき・破傷風)                                   |          | 1期( 1 ・ 2 ・ 3 回目 ・ 追加 )  |   |    |
|                              | インフルエンザ菌b型(ヒブ)  |          | 1 ・ 2 ・ 3 回目 ・ 追加        |   |    |
|                              | 不活化ポリオ  |          | 1期( 1 ・ 2 ・ 3 回目 ・ 追加 )  |   |    |
|                              | 2種混合(DT)<br>(ジフテリア・破傷風)   |          | 2期                       |   |    |

予防接種実施依頼書の取り扱いは市区町村によって異なります。接種を希望する市区町村に事前に依頼書の宛先、予防接種の実施方法、費用等の確認をお願いします。

被接種者の母子手帳(氏名、予防接種の履歴が記載されているページ)の写しと申請者の本人確認ができるもの(マイナンバーカードや運転免許証等)の写しを添付し、郵送でお申し込みください。

処理欄 受付日 年 月 日 発行

添付書類 母子手帳(氏名、予防接種の履歴が記載されているページ)  
申請者の本人確認ができるもの