

### 予防接種実施依頼書交付申請書

令和 年 月 日

千歳市長 様

申請者 住 所

氏 名  
被接種者との続柄 ( )  
電話番号

予防接種法に基づく定期予防接種実施依頼書の発行を申請します。  
また、接種に際して費用請求があった場合は、全額自己負担となることを了承いたします。

住所 (住民登録のあるところ)	(申請者住所と同じ場合は「同上」とご記入ください。) 千歳市		
被接種者氏名	フリガナ		
	氏 名		
生年月日	平成・令和	年	月 日
保護者氏名			続柄 ( )
	連絡先電話番号	( )	
申請理由			
予防接種の種類 (希望するものに○をしてください。)	ロタウイルス感染症	1回目・2回目・3回目	
	B型肝炎	1回目・2回目・3回目	
	ヒブ	1回目・2回目・3回目・追加	
	小児用肺炎球菌	1回目・2回目・3回目・追加	
	五種混合	1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加	
	四種混合	1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加	
	二種混合		
	BCG		
	麻しん風しん混合	1期 ・ 2期	
	水痘	1回目 ・ 2回目	
	日本脳炎	1期(1回目・2回目・3回目)・2期	
	ヒトパピローマウイルス感染症	1回目・2回目・3回目	
滞在先住所	〒 ( ) 様方) 電話番号 ( ) -		
滞在期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
接種を受ける市町村 または医療機関	〒 (住所) (市町村または医療機関名) (電話番号) ( ) -		
依頼書の提出先 (該当するものに○をしてください。)	接種を受ける市町村 ・ 接種を受ける医療機関		
依頼書の送付先 (該当するものに○をしてください。)	接種を受ける市町村 ・ 現住所 ・ 滞在先		