第 1-1 号様式（第４条関係）

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	