

年 月 日

中央市長 様

住所
 申請者 氏名
 被接種者との関係 ()

予防接種実施申請書

下記のとおり、予防接種を受けたいので申請します。

被接種者	フリガナ 氏名 生年月日 年 月 日生	性別
保護者氏名		
住 所	電話番号	
滞在先住所	電話番号	
実施医療機関	所在地 医療機関名	電話番号
申請理由	(1) 母親の里帰り出産、両親の離婚調停中等の理由により、県外に一時的に居住しているため (2) 疾病により入院し、又は通院しており、その入院又は通院している病院において予防接種を受けることが適当であるため (3) 県外の施設に入所しているため (4) その他 ()	
予 防 接 種 の 種 類	(1) ヒブ	1回目・2回目・3回目・4回目
	(2) 小児用肺炎球菌	1回目・2回目・3回目・4回目
	(3) B型肝炎	1回目・2回目・3回目
	(4) ロタウイルス(ロタリックス)	1回目・2回目
	(5) ロタウイルス(ロタテック)	1回目・2回目・3回目
	(6) 五種混合	1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加
	(7) 四種混合	1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加
	(8) 三種混合	1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加
	(9) 不活化ポリオ	1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加
	(10) BCG	
	(11) 水痘	1回目・2回目
	(12) 麻しん風しん混合	1期・2期
	(13) 日本脳炎	1期初回(1回目・2回目)・1期追加・2期
	(14) 二種混合	2期
	(15) 子宮頸がん(シルガード9)	1回目・2回目・3回目
	(16) RSウイルス(母子免疫ワクチン)	
	(17) 高齢者インフルエンザ	
	(18) 高齢者肺炎球菌	
	(19) 高齢者新型コロナウイルス感染症	
	(20) 高齢者帯状疱疹(生ワクチン)	
	(21) 高齢者帯状疱疹(組換えワクチン)	1回目・2回目