（様式第３号）

当年度分

県内他市町での予防接種申請書

磐田市長　様

被接種者	住　所	磐田市	電　話	
	ﾌﾘｶﾞﾅ		生年月日	年　月　日
	氏　名		性　別	男　・　女
ﾌﾘｶﾞﾅ 保護者		※RSなど被接種者が本人の場合は記載不要	続柄	※RSなど被接種者が本人の場合は記載不要

上記の者は、「定期予防接種の市町間相互乗入れ業務委託契約」に基づき、以下のように予防接種を申請します。

磐田市で予防接種できない理由　〈該当するものに〇〉
　１　帰省しているため　　２　かかりつけ医で受けたいため
　３　その他　（　　）

今年度中に、接種を希望する予防接種に〇をお願いします。

ヒブ	初回1回	初回2回	初回3回	追加	B型肝炎	1回目	2回目	追加	
小児用肺炎球菌	初回1回	初回2回	初回3回	追加	水　痘	1回目	2回目		
五種混合	初回1回	初回2回	初回3回	追加	ＭＲ	1期	2期		
三種混合	初回1回	初回2回	初回3回	追加	日本脳炎	初回1回	初回2回	追加	2期
不活化ポリオ	初回1回	初回2回	初回3回	追加	二種混合	2期			
BCG	乳児期				子宮頸がん	1回目	2回目	3回目	※女子のみ
ロタ ロタリックス ロタテック	1回目	2回目	3回目		RS	妊婦			※妊婦のみ

接種を希望する医療機関

所在地

医療機関名

電話番号

令和　　年　　月　　日

保護者でない方が申請の場合は下記へご記入ください

申請者　住　所

ﾌﾘｶﾞﾅ

氏　名　　続柄

□　依頼書２部
□　請求書
□　医療機関宛文書
□　保護者宛文書
来庁者確認
□　母子健康手帳
□　その他（　　）

受付		