

記入見本

枚方市長

記入した日付を記入してください。

平成30年4月改定
平成30年4月1日

申請者（保護者等）

住所：枚方市禁野本町2丁目13-13

氏名：保健 千太

申請者名、続柄を記入してください。

被接種者との続柄：（ 父 ）

電話番号：（072）840-7221

予防接種実施依頼書交付申請書（A類）

枚方市が実施する予防接種を、下記の理由により受けることができません。

つきましては、■■県●●市において接種を受けたいため、予防接種実施依頼書の発行を申請します。

接種を希望する市町村名をご記入ください。

記

1. 被接種者 住所：枚方市禁野本町2丁目13-13

氏名：保健 花子

生年月日：平成30年1月1日（0歳3か月）

保護者氏名：保健 千太

確認事項
自己負担があるかどうか
依頼先の市町村に確認して、○してください。

2. 申請する予防接種の種類

確認事項
予防接種ごとに依頼先をどこにするのか
依頼先の市町村に確認して○してください。

接種する
予防接種
の種類と
回数に○
をしてくだ
さい。

予防接種種類	依頼先	自己負担
■ B型肝炎 (1回目・2回目・3回目)	市町村・医療機関	有・無
■ ヒブ (1回目・2回目・3回目・追加)	市町村・医療機関	有・無
■ 小児用肺炎球菌 (1回目・2回目・3回目・追加)	市町村・医療機関	有・無
■ B型肝炎 (1回目・2回目・3回目)	市町村・医療機関	有・無
■ 4種混合 第1期初回 (1回目・2回目・3回目)、第1期追加	市町村・医療機関	有・無
■ B C G	市町村・医療機関	有・無
□ 麻しん風しん (MR) 第1期・第2期	市町村・医療機関	有・無
□ 麻しん 第1期・第2期	市町村・医療機関	有・無
□ 風しん 第1期・第2期	市町村・医療機関	有・無
□ 水痘 (1回目・2回目)	市町村・医療機関	有・無
□ 日本脳炎 第1期初回 (1回目・2回目)、第1期追加、第2期	市町村・医療機関	有・無
□ 2種混合 第2期	市町村・医療機関	有・無
□ ポリオ (1回目・2回目・3回目、追加)	市町村・医療機関	有・無
□ 子宮頸がん予防 (1回目・2回目・3回目)	市町村・医療機関	有・無

3. 枚方市取扱医療機関で接種ができない理由

里帰り出産で、長期で実家に滞在するため

枚方市で接種できない理由をご記入ください。

4. 接種する市町村名、医療機関名

●●市長 (BCG)、▲▲病院 (B型肝炎、ヒブ、小児用)

依頼先と接種医療機関をご記入ください。

5. 滞在先

住所 〒○○-○○○ 大阪府○○市○町○丁目○-○

電話番号：（000）111-2222

滞在先のご住所、連絡のつく電話番号
(携帯番号等)をご記入ください。

確認事項

依頼先の市町村と委託契約をしていない場合は、依頼書の発行ができません。事前に依頼先の市町村に確認してください。