

(あて先)  
枚方市長

年 月 日

申請者（保護者等）

住 所：

氏 名：

被接種者との続柄：（ ）

電話番号：（ ） —

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、他市町村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。

記

1. 被接種者 住 所：

フリガナ
氏 名：
生 年 月 日：平成・令和 年 月 日（ 歳 か月）
保護者氏名：

2. 申請する予防接種の種類

定期予防接種種類	依頼先	自己負担
<input type="checkbox"/> ロタリックス（1回目・2回目）	市町村・医療機関	有・無
<input type="checkbox"/> ロタテック（1回目・2回目・3回目）	市町村・医療機関	有・無
<input type="checkbox"/> B型肝炎（1回目・2回目・3回目）	市町村・医療機関	有・無
<input type="checkbox"/> ヒブ（1回目・2回目・3回目・追加）	市町村・医療機関	有・無
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 5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
<input type="checkbox"/> B C G	市町村・医療機関	有・無
<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合（MR） 第1期・第2期	市町村・医療機関	有・無
<input type="checkbox"/> 水痘（1回目・2回目）	市町村・医療機関	有・無
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 2種混合 第2期	市町村・医療機関	有・無
<input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防 2価・4価（1回目・2回目・3回目）	市町村・医療機関	有・無
<input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防 9価（1回目・2回目・3回目）	市町村・医療機関	有・無
<input type="checkbox"/> その他（ ）	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

- 都合により、他市町村に長期滞在するため（滞在予定期間： 年 月頃まで）  
 かかりつけの医療機関のため  
 その他（ ）

4. 接種する市町村名、医療機関名

5. 滞在先 住 所： 様方  
郵便番号： — 電話番号：（ ） —