

記入見本

枚方市長

記入した日付を記入してください。

令和6年(2024年)3月改定

2024年 4月 3日

申請者(保護者等)

住所: 枚方市禁野本町2丁目13番13号

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、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: 枚方市禁野本町2丁目13番13号

フリガナ: ホケン ハナコ

氏名: 保健 花子

生年月日: 平成(令和) 6年 2月 1日 (0歳 2)

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。

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。

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 |
|----------------------------------|----------|------|
| ■ ロタリックス (1回目・2回目)               | 市町村・医療機関 | 有・無  |
| ロタテック (1回目・2回目・3回目)              | 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  |
| 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  |
| □ 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  |
| ■ BCG                            | 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  |
| □ 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  |
| □ 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  |
| □ 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  |
| □ その他 ( )                        | 市町村・医療機関 | 有・無  |

既に4種混合・ヒブを接種したことがある場合は4種混合で接種を完了させてください。

接種する  
予防接種  
の種類と  
回数に○  
をしてくだ  
さい。

5種混合については、初回接種からの場合のみ。

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 枚方市で接種できない理由をご記入ください。

□ その他 ( )

依頼先と接種医療機関をご記入ください。

4. 接種する市町村名、医療機関名

●●市、▲▲病院

5. 滞在先 住所: □□県○○市○町○丁目○—○

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。

郵便番号: ○○○—○○○○ 電話番号: (000) 111-2222

確認事項

接種を希望される医療機関が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。