

(申請者)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

定期予防接種依頼書交付申請書

次の者が、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	住 所	うきは市	
	(フリガナ) 氏 名	( 男 ・ 女 )	
	生年月日	年 月 日	(満 歳 ヶ月)
希望する医療機関名			
希望する予防接種の種類 及び接種区分	<input type="checkbox"/> ロタ	1回目・2回目・3回目	
	<input type="checkbox"/> B型肝炎	初回（1回目・2回目）・追加	
	<input type="checkbox"/> ヒブ (Hib)	初回（1回目・2回目・3回目）・追加	
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌	初回（1回目・2回目・3回目）・追加	
	<input type="checkbox"/> 五種混合 (DPT-IPV-Hib)	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加	
	<input type="checkbox"/> 四種混合 (DPT-IPV)	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加	
	<input type="checkbox"/> 三種混合 (DPT)	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加	
	<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ (IPV)	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加	
	<input type="checkbox"/> 二種混合 (DT)	2期	
	<input type="checkbox"/> B C G	1回目	
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合 (MR)	1期・2期・3期・4期	
	<input type="checkbox"/> 麻しん	1期・2期・3期・4期	
	<input type="checkbox"/> 風しん	1期・2期・3期・4期	
	<input type="checkbox"/> 水痘 (水ぼうそう)	1回目・2回目	
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	1期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期	
	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防 (HPV)	1回目・2回目・3回目	
	<input type="checkbox"/> 季節性インフルエンザ	1回目	
<input type="checkbox"/> 高齢者用肺炎球菌	1回目		
申請理由	<input type="checkbox"/> 長期にわたり療養を必要とする疾病にかかった者等の定期接種の機会の確保に該当するため ※長期療養を必要とする疾病にかかった者等の定期予防接種に関する特例措置対象者該当理由書（様式第5号）を添付 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）		