

予防接種実施依頼書交付申請書

下記のとおり、県外で定期予防接種を受けたいので予防接種実施依頼書の交付を申請します。

1. 受け入れ先の市区町村へのご確認内容に基づき、各項目をチェックしてください。

依頼書の宛名	<input type="checkbox"/> 市区町村長宛 <input type="checkbox"/> 医療機関宛
接種費用の本人負担	<input type="checkbox"/> あり(有料。申請者が実費を医療機関に支払い、後日高崎市に請求する) <input type="checkbox"/> なし(無料。受け入れ先の市区町村が負担してくれる)

2. 予防接種を受ける方、予防接種の種類等について、以下の項目を記入してください。

申請者 (被接種者が16歳未満の場合は、保護者)	住所			被接種者との関係 ()	
	氏名				
	電話番号	昼間連絡がとれる番号			
被接種者 (接種を受ける方)	住所	〒370- 高崎市			
	ふりがな氏名				
	生年月日	明・大・昭 平・令	年 月 日	予防接種番号(記入不要)	
予防接種の種類 (受ける可能性があるもの全てに○をつけてください。)	* ロタ	(1回目	・ 2回目	・ 3回目)	
		※ロタの3回目はロタテックワクチンの場合のみ			
	* 小児用肺炎球菌	(1回目	・ 2回目	・ 3回目)	
	* B型肝炎	(1回目	・ 2回目	・ 3回目)	
	* 五種混合 (四種混合) (ヒブ)	(1回目	・ 2回目	・ 3回目) (1回目	・ 2回目
	※令和6年4月以降に接種を開始する場合は原則五種混合ワクチンを接種し、それ以前に1回目を接種した場合は引き続き、四種混合とヒブワクチンを接種します				
	* BCG				
	* HPV(子宮頸がん)	(1回目	・ 2回目	・ 3回目)	
		※必ず過去の接種歴を確認してください。			
	* その他	〔 ワクチン名 回数など 〕			
接種医療機関名					
初回接種予定日	令和 年 月 日	※決まっていれば記入してください。			
県外での接種理由 (具体的に記入してください。)					
	(一時滞在の方)滞在予定期間 : 令和 年 月 まで				
滞在先住所	〒				
	都道府県	市区町村			
	※里帰り等で、“様方”の表記が必要な場合は記入してください。				

3. 上記の内容に基づき高崎市が作成した依頼書を送付する際の宛先をチェックしてください。

依頼書を送付する際の宛先	<input type="checkbox"/> 受け入れ先の市区町村宛 ※受け入れ先から直接送付の指示があった場合のみ (送り先住所・宛名:)
	<input type="checkbox"/> 被接種者の滞在先宛
	<input type="checkbox"/> 被接種者の住所地(高崎市の住所)宛