

記入例

(あて先) 狭山市長

※太枠内を全て記入してください

申請者 住所	狭山市001-1-101
氏名	狭山 花子
被接種者との続柄	母
電話番号	04-1234-5678

狭山市予防接種実施依頼書交付申請書

狭山市で実施する予防接種を以下の理由により受けることができないため、滞在地（医療機関）で接種が受けられるよう、依頼書の交付を申請いたします。

被接種者	フリガナ サヤマ タロウ 氏名 狭山 太郎 ※お子さんの氏名をご記入ください		
住 所	〒 狭山市 電話番号 <table border="1" style="float: right;"><tr><td>《市記入欄》</td></tr><tr><td>住基確認</td></tr></table>	《市記入欄》	住基確認
《市記入欄》			
住基確認			
生年月日	令和 6 年 4 月 1 日 (0 歳 2 か月)		
保護者氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者以外の場合 (氏名)		
滞在先	〒 186-0000 東京都国立市002-2 電話番号 042-111-1111 (田中 様方)		
滞在期間	令和 7 年 3 月 31 日まで		
接種予定 医療機関	医療機関名 〇〇クリニック 住所 東京都国立市003-3 電話番号 042-222-2222		
依頼書の宛名	<input checked="" type="checkbox"/> 医療機関宛 <input type="checkbox"/> 市町村長宛 <input type="checkbox"/> その他()		
依頼書の送付先	<input type="checkbox"/> 狭山市の住所地 <input checked="" type="checkbox"/> 滞在先 <input type="checkbox"/> その他()		
申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> 里帰り出産 <input type="checkbox"/> 市外の医療機関に入院又は通院 <input type="checkbox"/> その他()		
予防接種の種類	<input checked="" type="checkbox"/> ロタウイルス ①回目・②回目・3回目 <input type="checkbox"/> ヒブ 1回目・2回目・3回目・追加 <input checked="" type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 ①回目・②回目・③回目・追加 <input checked="" type="checkbox"/> B型肝炎 ①回目・②回目・③回目 <input type="checkbox"/> 4種混合 1回目・2回目・3回目・追加 <input checked="" type="checkbox"/> 5種混合 ①回目・②回目・③回目・追加 <input checked="" type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 不活化ポリオ 1回目・2回目・3回目・追加 <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合 第1期・第2期 <input type="checkbox"/> 水痘 1回目・2回目 <input type="checkbox"/> 日本脳炎 第1期 (1回目・2回目・追加)・第2期 <input type="checkbox"/> 2種混合 <input type="checkbox"/> ヒトパピローマウイルス (HPV) 1回目・2回目・3回目		

※滞在期間内に接種可能な予防接種を全てご記入ください