

指定医療機関外予防接種実施依頼申請書

年 月 日

福知山市長 様

申請者 住 所 〒 620-1234

福知山市 字〇〇123番地

記入例

氏 名 福知 花子 続柄(母)

電 話 090-1234-5678

接種を希望する 子どもの氏名	フリガナ フクチ タロウ 福知 太郎	生 年 月 日 令和7年 〇月 〇日 (〇歳 3ヵ月)
-------------------	-----------------------	------------------------------------

希望する予防接種の 種類及び回数	小児肺炎球菌 2回目 ロタワクチン2回目 B型肝炎 2回目 5種混合 2回目	同じ日に接種するものの 種類と回数
---------------------	---	----------------------

接種予定日	令和7年 9月 1日 頃
-------	--------------

滞在先住所	〒530-1234 大阪府大阪市〇〇 123番地の4 佐藤 様方 電話 (06 - 12 - 3456)
-------	---

申請理由	・ 里帰り ・ その他 []
------	--------------------

依頼先	主治医・市町村長等 [都・道・府・県 市]
	接種医療機関名 〇〇こどもクリニック
	住 所 〒 530-5678 大阪府大阪市〇〇 111番地の1
	連絡先・電話等 06-11-2222

接種歴	希望する予防接種の前の接種歴		
	小児肺炎球菌	なし・(1)回目	令和7年 〇月 〇日
	ロタワクチン	なし・(1)回目	令和7年 〇月 〇日
	B型肝炎	なし・(1)回目	今回1回目なら なしに〇
	5種混合	なし・(1)回目	2回目以降は前回の回数と接種日(それぞれ)

依頼書 送付先	1.現住所 2.滞在先 3.その他()
------------	----------------------

【注意事項】

- 申請書受理後、依頼書の発行事務作業に約1週間かかります。
- 予防接種依頼書は直接保護者に郵送しますので、依頼先に提出してください。

受 付 日 : 年 月 日

受付者サイン

