

予防接種依頼申請書

小山町長 様

年 月 日

住所 電話番号	小山町 電話番号		
ふりがな		生年月日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日
被接種者氏名		性別	男 ・ 女
ふりがな		被接種者との 続柄	
保護者氏名 (インフルエンザは不要)		(インフルエンザ は不要)	
接種するワクチン (該当するものに○をする。)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 5種混合ワクチン：第1期1回・第1期2回・第1期3回・第1期追加</li> <li>・ 4種混合ワクチン：第1期1回・第1期2回・第1期3回・第1期追加</li> <li>・ 3種混合ワクチン：第1期1回・第1期2回・第1期3回・第1期追加</li> <li>・ 沈降ジフテリア破傷風混合トキソイド</li> <li>・ B型肝炎ワクチン：1回・2回・3回</li> <li>・ 乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチン： <ul style="list-style-type: none"> <li>第1期・第2期・第5期 (特例措置)</li> </ul> </li> <li>・ 乾燥弱毒麻しんワクチン：第1期・第2期</li> <li>・ 乾燥弱毒風しんワクチン：第1期・第2期・第5期 (特例措置)</li> <li>・ 乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン： <ul style="list-style-type: none"> <li>第1期1回・第1期2回・第1期追加・第2期</li> </ul> </li> <li>・ BCG</li> <li>・ ヒブワクチン：1回・2回・3回・追加</li> <li>・ 小児肺炎球菌ワクチン：1回・2回・3回・追加</li> <li>・ ヒトパピローマウイルス感染症(子宮頸がん予防ワクチン)：1回・2回・3回</li> <li>・ 乾燥弱毒生水痘ワクチン：1回・2回</li> <li>・ 経口弱毒生ヒトロタウイルスワクチン：1回・2回</li> <li>・ 5価経口弱毒生ロタウイルスワクチン：1回・2回・3回</li> <li>・ RSウイルスワクチン (母子免疫)</li> <li>・ インフルエンザ (高用量は除く) ・ インフルエンザ (高用量)</li> <li>・ 高齢者用肺炎球菌ワクチン</li> <li>・ 新型コロナウイルス感染症</li> <li>・ 带状疱疹 (組換えワクチン) ・ 带状疱疹 (生ワクチン)</li> </ul>		
依頼する市町村名 または医療機関名			
依頼する医療機関所在地 電話番号	〒 住所 静岡県 電話番号 ( ) -		
依頼の理由 (該当するものに○をする。)	<p>(1) 他市町にかかりつけ医がいる場合</p> <p>(2) 母親が出産等で、接種対象となる子供を連れて、他市町に長期にわたり 里帰りする場合</p> <p>(3) 両親が離婚調停中等の理由で他市町村に事実上居住している場合</p> <p>(4) 他市町の施設に入所している場合</p> <p>その他小山町長がやむを得ない特別の理由があると認める場合</p>		
上記(2)(3)(4)に該当する場合記入 滞在先 氏名 (施設) ・ 住所 電話番号	氏名 (施設名) 方 〒 住所 電話番号 ( ) -		