

# 高齢者の予防接種をご希望の方用（記入例）

## 予防接種依頼書発行申請書

申請書をご記入いただく方（予防接種を受ける本人またはご家族）の住所・氏名・連絡の取れる電話番号を記入します。  
※申請者宛に必要な書類を発送します

年 月 日

申請者 住 所 越谷市東越谷〇〇-〇  
氏 名 越谷 〇〇 (子)  
電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇

ご家族の場合は続柄を記入します。

記入漏れ等があった際にご連絡させていただきます。

書物の発行を申請します。

記

|                       |                            |                   |                   |    |
|-----------------------|----------------------------|-------------------|-------------------|----|
| 予防接種の種類<br>※該当欄に○印    | ロタウイルス                     | 経口弱毒生ヒトロタウイルスワクチン | ( )               | 回目 |
|                       | ロタウイルス                     | 五価経口弱毒生ロタウイルスワクチン | ( )               | 回目 |
|                       | B型肝炎                       |                   | ( )               | 回目 |
|                       | ヒブ                         |                   |                   |    |
|                       | 小児                         |                   |                   |    |
|                       | BC                         |                   |                   |    |
|                       | ポリ                         |                   |                   |    |
|                       | 5種                         |                   |                   |    |
|                       | 4種                         |                   |                   |    |
|                       | 2種混合                       |                   |                   |    |
|                       | 麻しん風しん混合                   |                   | ( )               | 期  |
|                       | 麻しん                        |                   | ( )               | 期  |
|                       | 風しん                        |                   | ( )               | 期  |
|                       | 水痘                         |                   | ( )               | 回目 |
|                       | 日本脳炎                       |                   | ( )               | 期  |
| ヒトパピローマウイルス           |                            | ( )               |                   |    |
| <input type="radio"/> | 高齢者インフルエンザ                 |                   |                   |    |
| <input type="radio"/> | 高齢者肺炎球菌                    |                   |                   |    |
| <input type="radio"/> | 高齢者新型コロナウイルス               |                   |                   |    |
|                       | 高齢者帯状疱疹                    | ビケン               |                   |    |
| <input type="radio"/> | 高齢者帯状疱疹                    | シングリックス           | ( 2 )             | 回目 |
| 被接種者氏名                | ふりがな<br>越谷 〇△              | 被接種者<br>生年月日      | S 3 4 年 1 0 月 1 日 |    |
| 住 所                   | (申請者と異なる場合)<br>越谷市越ヶ谷△△-△  |                   |                   |    |
| 保護者氏名                 | ふりがな                       |                   |                   |    |
| 滞 在 先                 | ※必要時に記入                    |                   |                   |    |
| 申 請 理 由               | 県外の病院で接種を希望する為、施設で接種する為、など |                   |                   |    |
| 接 種 場 所               | 埼玉県立小児医療センター               |                   |                   |    |
| ※該当欄に○印               | 中川の郷療育センター                 |                   |                   |    |
| <input type="radio"/> | 他市町村 ( 〇〇 都道府県 〇〇 区市町村 )   |                   |                   |    |
|                       | その他 ( 〇〇病院 )               |                   |                   |    |

### 【問合せ・送付先】

〒343-0023

埼玉県越谷市東越谷10-31

越谷市保健センター

TEL:048-960-1100

FAX:048-967-5118

インフルエンザと新型コロナウイルスの対象者は接種日に65歳以上の方です。

希望する回数を記入してください。

ご希望の種類に○をつけて下さい。