

第1号様式（第5条関係）

記入方法・申請方法

予防接種依頼書発行申請書

記入した日付

年 月 日

越谷市長 宛

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号

越谷市の住所

申請者（保護者）の住所

日中連絡のとれる電話番号

接種される予防接種の期・回数を具体的にご記入ください。

※ロタウイルス、B型肝炎、ヒトパピローマウイルスに関しては、事前にワクチンの種類を決めて申請してください。

予防接種依頼書の発行を申請します。

記

ロタウイルス（ロタリックス）	( )	回目
ロタウイルス（ロタテック）	( )	回目
B型肝炎（ヘプタバックス）	( )	回目
B型肝炎（ビームゲン）	( )	回目
ヒブ	(初回	回目・追加)
小児用肺炎球菌	(初回	回目・追加)
B C G		
ポリオ	( )	期 回目・追加)
4種混合	( )	期 回目・追加)
2種混合	( )	期)
麻しん風しん混合	( )	期)
高齢者肺炎球菌		

予防接種の種類

※該当欄に○印

ご記入後、越谷市保健センターまでご提出ください。郵送での申請をご希望の方は、送付先の住所、宛名を記入した返信用封筒（角形2号封筒に1～2回分までは120円切手、3～6回分は140円切手、7～10回分は210円切手、11回分以上は250円切手を貼付）を同封の上、越谷市保健センターにご郵送ください。

被接種者氏名

被接種者  
生年月日

年 月 日

住 所  
(申請者と異なる場合)

必ずご記入ください

保護者氏名

市外医療機関で接種する場合は、医療機関の所在地（都道府県・市区町村名）、医療機関名をご記入ください。

接種場所

※該当欄に○印

医療センター

市の郷療育センター

他市町村 ( ) 都道府県

医療機関名 ( )

問合せ・送付先

所在地：〒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