

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 花子 (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。

依頼書の発行を申請します。

記

| | | |
|-------------------------------------|---------------------------|---------------------------|
| 予防接種の種類 ※該当欄に○印 | 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 | (回目) |
| | ヒブ | 目・追加) |
| | 小児 | 目・追加) |
| | B C | |
| | ポリ | 目・追加) |
| | 5種 | 目・追加) |
| | 5種 | 目・追加) |
| | 4種混合 | 目・追加) |
| | 2種混合 | (期) |
| | 麻しん風しん混合 | (期) |
| | 麻しん | (期) |
| | 風しん | (期) |
| 水痘 | | |
| 日本脳炎 | (期) | |
| ヒトパピローマウイルス（サーバリックス） | | |
| ヒトパピローマウイルス（ガーダシル） | | |
| ヒトパピローマウイルス（シルガード9） | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 高齢者インフルエンザ | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 高齢者肺炎球菌 | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 高齢者新型コロナ | |
| 被接種者氏名 | ふりがな こしがや はなこ 越谷 花子 | 被接種者 生年月日 S34年10月1日 |
| 住所 (申請者と異なる場合) | 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 ※該当欄に○印 | 埼玉県立小児医療センター | |
| | 中川の郷療育センター | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 他市町村（〇〇都道府県 △△区市町村） | |
| | 医療機関名（ 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

ご希望の種類に○をつけて下さい。

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。