

# 高齢者インフルエンザ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

年 月 日

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

申請者 住所 越谷市東越谷〇〇-〇  
氏名 越谷 花子 (娘)  
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（ヘプタシールド）	( )	回目
	ヒブ	( )	目・追加
	小児BCG	( )	目・追加
	BC	( )	目・追加
	ポリオ	( )	目・追加
	4種混合	( )	目・追加
	2種混合	( )	目・追加
	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 回目・追加
ヒトパピローマウイルス（サーバリックス）	( )	回目	
ヒトパピローマウイルス（ガーダシル）	( )	回目	
ヒトパピローマウイルス（シルガード9）	( )	回目	
<input checked="" type="checkbox"/>	高齢者インフルエンザ		
	高齢者肺炎球菌		
ふりがな 被接種者氏名	こしがや はなこ 越谷 花子	被接種者 生年月日	S 3 3 年 1 0 月 1 日
住 所 (申請者と異なる場合)	越谷市越ヶ谷△△-△		
ふりがな 保 護 者 氏 名			
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）〇〇1-2-3	
		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

高齢者インフルエンザに○をつけます。

対象者は接種日に65歳以上の方です。