

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。

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（ 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）

5種混合（ 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）

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140円切手、3～6回分は180円切手、7～10回分
は270円切手、11回分以上は320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。

高齢者带状疱疹（シングリックス）（ 回目）

被接種者氏名
ふりがな被接種者
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

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

埼玉県立小児医療センター

中川の郷療育センター

他市町村（ 都道府

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