

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、5種混合、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。

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）
5種混合（クイントバック）	（	期 回目・追加）
5種混合（ゴービック）	（	期 回目・追加）
4種混合	（	期 回目・追加）
ヒトパピローマウイルス（シルガード9）	（	回目）
高齢者インフルエンザ		
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

市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