

第1号様式（第5条関係）

予防接種依頼書発行申請書

年 月 日

越谷市長 宛

申請者 住 所 _____
 氏 名 _____
 電話番号 _____

下記のとおり予防接種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）		
	ロタウイルス（ロタテック）		
	B型肝炎		
	ヒブ（初回 回目・追加）		
	小児用肺炎球菌（初回 回目・追加）		
	BCG		
	ポリオ（ 期 回目・追加）		
	5種混合（ 期 回目・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 回目・追加）		
	ヒトパピローマウイルス		
	RSウイルス母子免疫ワクチン（申請時の妊娠週数 週 日）		
	高齢者インフルエンザ		
	高齢者新型コロナウイルス		
高齢者肺炎球菌			
高齢者帯状疱疹（ビケン）			
高齢者帯状疱疹（シングリックス（ 回目）			
被接種者氏名 <small>ふりがな</small>	被接種者 生年月日	年 月 日	
住 所 （申請者と異なる場合）			
保護者氏名 <small>ふりがな</small>			
依頼書送付先 ※必要時に記入			
申 請 理 由			
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（ 都道府県 区市町村）		
	医療機関名（ ）		