

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

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	（ 回目）
	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	（ 回目）
	日本脳炎	（ 期 回目・追加）
	ヒトパピローマウイルス	（ 回目）
	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		
高齢者肺炎球菌		
高齢者新型コロナウイルス		
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)	必ずご記入ください	
保 護 者 氏 名 <small>ふりがな</small>		
依 頼 書 送 付 先 ※必要時に記入	里帰り先等、依頼書の送付先をご記入ください。 ※記載がない場合、申請者の住民票のある住所に送付いたします。	
申 請 理 由		

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。

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