

定期予防接種依頼書交付申請書

杉並区長 宛  
予防接種依頼書を下記のとおり発行願います。

記入例

|                                                            |                                                                                                                                                     |                              |                          |  |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------|--|
| 申請日                                                        | 令和 8年 4月 1日                                                                                                                                         |                              |                          |  |
| 接種を受ける方の住所                                                 | 杉並区荻窪5-20-1                                                                                                                                         |                              |                          |  |
| 接種を受ける方の氏名                                                 | 杉並 太郎                                                                                                                                               | 生年月日                         | 昭和<br>平成<br>令和 8年 3月 1日生 |  |
| 保護者氏名                                                      | 杉並 花子                                                                                                                                               | 電話番号<br>(日中の連絡先)             | 03-3391-1025             |  |
| 予防接種の種類<br><br>□に ✓印 を<br>付けてください                          | <input type="checkbox"/> B C G                                                                                                                      |                              |                          |  |
|                                                            | 小児用 肺炎球菌 ( <input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加 )          |                              |                          |  |
|                                                            | B型肝炎 ( <input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 )                                          |                              |                          |  |
|                                                            | 5種混合(DPT-IPV-Hib) ( <input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加 ) |                              |                          |  |
|                                                            | ロタウイルス ( <input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 )                                        |                              |                          |  |
|                                                            | MR(麻しん風しん混合) ( <input type="checkbox"/> 1期 <input type="checkbox"/> 2期 )                                                                            |                              |                          |  |
|                                                            | 水痘 ( <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 )                                                                                    |                              |                          |  |
|                                                            | 日本脳炎 ( 1期 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 追加 ) <input type="checkbox"/> 2期 )                     |                              |                          |  |
|                                                            | <input type="checkbox"/> D T                                                                                                                        |                              |                          |  |
|                                                            | HPV (ヒトパピローマウイルス) ( <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 )                                        |                              |                          |  |
|                                                            | <input type="checkbox"/> RSウイルス感染症(妊婦) (現在の週数:妊娠 週 日)                                                                                               |                              |                          |  |
| 申請理由<br><br>□に ✓印 を<br>付けてください                             | <input checked="" type="checkbox"/> 里帰り                                                                                                             |                              |                          |  |
|                                                            | <input type="checkbox"/> 入院・通院                                                                                                                      |                              |                          |  |
|                                                            | <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                                                    |                              |                          |  |
| 滞在先住所                                                      | 〒0000-0000<br>00県00市00町0-0-0 (方書:00様方)                                                                                                              |                              |                          |  |
| 滞在予定期間                                                     | 令和8年 3月 1日 から 令和8年 6月 1日まで ← 未定の場合は未定で可                                                                                                             |                              |                          |  |
| 予防接種実施<br>医療機関                                             | 医療機関名                                                                                                                                               | 00小児科医院                      |                          |  |
|                                                            | 住 所                                                                                                                                                 | 〒0000-0000<br>00県00市00町0-0-0 |                          |  |
|                                                            | 電話番号                                                                                                                                                | 000-0000-0000                |                          |  |
| 依頼書宛先                                                      | <input type="checkbox"/> 接種地自治体長宛 <input checked="" type="checkbox"/> 医療機関・施設長宛 ← 予防接種実施医療機関の住所が所在する自治体の予防接種担当部署に電話でご確認ください                         |                              |                          |  |
| 依頼書送付先<br><br>□に ✓印 を<br>付けてください                           | <input checked="" type="checkbox"/> 滞在先住所                                                                                                           |                              |                          |  |
|                                                            | <input type="checkbox"/> 杉並区住所                                                                                                                      |                              |                          |  |
|                                                            | <input type="checkbox"/> 医療機関                                                                                                                       |                              |                          |  |
| <input type="checkbox"/> 接種地自治体 ※事前に接種方法や費用負担について確認してください。 |                                                                                                                                                     |                              |                          |  |
| 所在地 〒 -                                                    |                                                                                                                                                     |                              |                          |  |
| 部署名                                                        |                                                                                                                                                     |                              |                          |  |
| その他の連絡事項                                                   |                                                                                                                                                     |                              |                          |  |

| 事務処理欄 (記入不要) |     |     |     |      |
|--------------|-----|-----|-----|------|
| 発行日          | 発送日 | 担当者 | 確認者 | 受付番号 |
| /            | /   |     |     |      |

上に必要事項を記入し、郵送または持参にてご提出ください。

【送付先】 〒167-0051 杉並区荻窪5-20-1 杉並保健所保健予防課 予防接種担当 宛