

予 防 接 種 依 頼 書 交 付 申 請 書

浦添市長 松本 哲治 殿

住 所 _____
☐ 被接種者と同じ

申請者氏名 _____ 印

下記の者は、浦添市と契約している指定医療機関等で予防接種が受けられません。
つきましては、_____（ 都 道 府 県 ） _____（ 市 区 町 村 ）での接種を希望しますので、予防接種依頼書の発行をお願いします。

※依頼先の市区町村で下記の予防接種を接種対象年齢内に受ける場合に限り、浦添市の公費負担での接種が可能です。（浦添市医師会との予防接種業務委託契約単価を上限とします）

被接種者	住 所	〒			
	生年月日	大正・昭和 平成・令和	年 月 日 生	年齢	歳 ヶ月
	氏 名	(フリガナ)	性別	男 ・ 女	
保護者氏名 (※1) (被接種者が成人の場合は記入不要です)		(フリガナ)	連絡先		
受ける予防接種と、希望する接種回数を○で囲んでください。 ※ヒブワクチン、小児用肺炎球菌ワクチンについては、接種開始月齢等により接種回数異なります。 ※MRと水痘ワクチンは、罹患したことがある場合は接種の必要はありません。 ※5種混合（DPT＋不活化ポリオ＋ヒブ）対象者は、原則として、過去に DPT・生ポリオ（単独）・ヒブ（単独）の接種履歴がないものに限りま。		● ロタリックス（ 1回目・2回目 ） ● 水痘（ 1回目・2回目 ） ● ロタテック（ 1回目・2回目・3回目 ） ● 5種混合（ 1回目・2回目・3回目・追加 ） ● BCG ● B型肝炎（ 1回目・2回目・3回目 ） ● MR（ 1期・2期 ） ● 小児用肺炎球菌（ 1回目・2回目・3回目・追加 ） ● 日本脳炎（ 1回目・2回目・1期追加・2期 ） ● DT2期 ● HPV－子宮頸がん（ 1回目・2回目・3回目 ） ● RS ウイルス ● 高齢者インフルエンザ ● 新型コロナウイルス ● 高齢者用肺炎球菌 ● 帯状疱疹（ 1回目・2回目 ） ● その他（ ）			
滞 在 先	住 所	〒			
	滞在連絡先	（ ）様方			
接種実施予定医療機関名 及び連絡先		連絡先（ ）			
浦添市で接種できない理由					
依頼書送付先		1. 浦添市の住所（住民登録地） 2. 滞在先住所			
滞在予定期間		令和 年 月 日頃から 令和 年 月 日頃まで			

※1:保護者の欄は、滞在先で被接種者に同伴する保護者(通常は父母のいずれか)を記入してください。