令和　　年　　月　　日

予防接種依頼書交付申請書

浦添市長 松本 哲治 殿

住 所　　浦添市
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、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（医療機関等施設名）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。

※ご注意： 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）

<table>
<tr><td rowspan="3">被接種者</td><td>住所</td><td colspan="3">〒
浦添市</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td>明治・大正・昭和・平成・令和
年　月　日　生</td><td>年齢</td><td>歳　ヶ月</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td>(フリガナ)</td><td>性別</td><td>（ 男 ・ 女 ）</td></tr>
<tr><td colspan="2">(注1)(注2)
保護者氏名</td><td>(フリガナ)</td><td>連絡先</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">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。

※４種混合(ＤＰＴ＋不活化ポリオ)ワクチンの対象者は、原則として過去にＤＰＴ、生ポリオ、不活化ポリオ(単独)の接種歴が無い者に限ります。

※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、接種回数が異なります。

※ＭＲと水痘のワクチンは、この病気にかかったことがある場合は接種の必要はありません。

※高齢者肺炎球菌ワクチンは、過去５年以内に接種している場合は接種の必要はありません。</td><td colspan="3">○ＢＣＧ　○水痘(１回目 ・ ２回目)　○ＭＲワクチン(１期 ・ ２期)
○ロタリックス（１回目・２回目）○ロタテック（１回目・２回目・３回目）
○５種混合(ＤＰＴ＋不活化ポリオ＋ヒブ)ワクチン(１回目・２回目・３回目・追加)
○４種混合(ＤＰＴ＋不活化ポリオ)ワクチン(１回目・２回目・３回目・追加)
○不活化ポリオ(単独)(１回目 ・ ２回目 ・ ３回目 ・追加)
○Ｂ型肝炎(１回目 ・ ２回目 ・ ３回目)　○ＤＴ２期
○日本脳炎(１期初回１回目 ・ ２回目 ・ １期追加 ・ ２期)
○ヒブワクチン(１回目 ・ ２回目 ・ ３回目 ・ 追加)
○小児用肺炎球菌ワクチン(１回目 ・ ２回目 ・ ３回目 ・ 追加)
○子宮頸がん予防ワクチン(１回目・２回目・３回目)
○高齢者インフルエンザ　○高齢者用肺炎球菌　○新型コロナワクチン
○その他（ ）</td></tr>
<tr><td colspan="2">接種実施予定施設名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">接種実施予定施設の
住所及び連絡先</td><td>住所</td><td colspan="2">〒</td></tr>
<tr><td>連絡先</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">浦添市の指定医療機関等で
接種できない理由</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">依頼書送付先</td><td colspan="3">１． 浦添市の住所（住民登録地）　２． 入所先住所</td></tr>
</table>

注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。
注2:被接種者が成人の場合は記入不要。