様式第１号（第６条関係）

予防接種依頼書交付申請書

年　　月　　日

立科町長　様

申請者　住所

氏名

被接種者との続柄　（　　）

電話番号

次のとおり予防接種を受けたいので、予防接種依頼書の交付を申請します。

被接種者	ふりがな 氏　名	
	生年月日	年　　月　　日
住　　所		
保護者氏名		
申請理由	・里帰り出産　　・病気治療等 ・その他（　　）	
実施医療機関名 及び所在地		
予防接種の種類 ※該当に○	B型肝炎	１回目・２回目・３回目
	ヒブ	１期初回（１回目・２回目・３回目）・１期追加
	小児肺炎球菌	１期初回（１回目・２回目・３回目）・１期追加
	四種混合	１期初回（１回目・２回目・３回目）・１期追加
	五種混合	１期初回（１回目・２回目・３回目）・１期追加
	不活化ポリオ	１期初回（１回目・２回目・３回目）・１期追加
	BCG	
	麻しん風しん	１期　・　２期
	水痘	１回目・　２回目
	日本脳炎	１期初回（１回目・２回目）・１期追加・２期
	子宮頸がん	１回目・２回目・３回目
	ロタ	１回目・２回目・３回目
	インフルエンザ	
	高齢者肺炎球菌	
	新型コロナ	
	帯状疱疹	１回目・２回目

※被接種者が 20 歳未満の場合は、保護者欄に記入。