

予 防 接 種 実 施 依 頼 書 発 行 申 請 書

令和 年 月 日

(宛先) 京 都 市 長

申請者 住 所 .....

電話番号 .....

ふりがな

氏 名 .....

被接種者との続柄 .....

下記のとおり、やむを得ず他都市において定期の予防接種を受けたいので、依頼書の発行を申請します。

|                                   |  |      |             |
|-----------------------------------|--|------|-------------|
| 予防接種の種類<br>*希望するものに○<br>を付けてください。 | ・ 小児用肺炎球菌 : 初回接種 ( 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ) ・ 追加接種<br>・ B型肝炎 : 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目<br>・ ロタウイルス : 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目<br>・ 5種混合 : 1期初回 ( 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ) ・ 追加接種<br>・ ヒブ ( Hib ) : 初回接種 ( 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ) ・ 追加接種<br>・ DT : 2期<br>・ 不活化ポリオ : 初回接種 ( 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ) ・ 追加接種<br>・ 麻しん風しん混合 (MR) : 1期 ・ 2期<br>・ 麻しん : 1期 ・ 2期<br>・ 風しん : 1期 ・ 2期<br>・ 水痘 : 1回目 ・ 2回目<br>・ 日本脳炎 : 1期初回 ( 1回目 ・ 2回目 ) ・ 1期追加 ・ 2期<br>・ ヒトパピローマウイルス (HPV) : 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目<br>・ BCG<br>・ RSウイルス (母子免疫) (出産予定日 令和 年 月 日)<br>* RSウイルス (母子免疫) は、原則妊婦検診を受診した産婦人科での接種を御検討ください。<br>* 予防接種実施依頼書の効力は発行日から <b>6か月間</b> です。接種予定日をもう一度御確認ください。 |      |             |
|                                   | ふりがな   | 生年月日 | 昭・平・令 年 月 日 |
| 被接種者氏名                            | 〒 電話番号<br>京都市 区  |      |             |
| 被接種者住所<br>及び電話番号                  | 〒 電話番号   |      |             |
| 依頼書の宛名<br>(市区町村長か<br>医療機関の院長か)    | (注) 接種希望の医療機関が所在する自治体の予防接種担当部署に確認のうえ、以下該当するものを1つだけ記入してください。<br>・ 市区町村長 ( 都・道・府・県 市・区・町・村 )<br>・ 医療機関 ( )<br>・ その他 ( )  |      |             |
| 他都市接種の理由                          | 〒 電話番号<br>様方   |      |             |
| 依頼書送付先<br>*いずれかに○を<br>付けてください。    | 被接種者住所 ・ 滞在先住所 ・ その他 ( 宛名 : 住所 : 〒 )   |      |             |
| 接種予定日<br>*いずれかにご記入<br>ください。       | * 受理してから発送するまで、約2週間かかりますので、余裕を持って提出をお願いします。<br>・ 予 約 済 ( 令和 年 月 日 )<br>・ 未 定 ( 令和 年 月頃接種予定 )<br>・ そ の 他 ( )  |      |             |
| 備考                                | 〒 電話番号   |      |             |

|                            |  |
|----------------------------|--|
| 保健福祉局医療衛生推進室<br>医療衛生企画課長 様 | 令和 年 月 日<br>区役所・支所保健福祉センター長<br>(担当者名 ) |
| 上記のとおり申請がありましたので、発行方依頼します。 |  |