

予防接種依頼書交付申請書(償還払)

令和 年 月 日

つくば市長 宛て

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ		被接種者 との続柄	本人・母・父・配偶者・子 その他()	
	申請者氏名				
	申請者住所	〒			
	電話番号				
メールアドレス					
被接種者	フリガナ		生年月日	(年 月 日 歳 か月)	
	被接種者氏名				
	被接種者住所	(□申請者と同じ)			
滞在先住所		〒			
予防接種の種類	▼接種を希望するものに✓を付けてください。				
	□タ	<input checked="" type="checkbox"/> 1回目	<input checked="" type="checkbox"/> 2回目	<input checked="" type="checkbox"/> 3回目	
	小児用肺炎球菌	<input checked="" type="checkbox"/> 1回目	<input checked="" type="checkbox"/> 2回目	<input checked="" type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 追加
	B型肝炎	<input checked="" type="checkbox"/> 1回目	<input checked="" type="checkbox"/> 2回目	<input checked="" type="checkbox"/> 3回目	
	五種混合(四種混合+ヒブ)	<input checked="" type="checkbox"/> 1回目	<input checked="" type="checkbox"/> 2回目	<input checked="" type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 追加
	四種混合	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 追加
	ヒブ	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 追加
	BCG	<input checked="" type="checkbox"/> 1回目			
	麻しん風しん(MR)	<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	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 追加	<input type="checkbox"/> 2期
	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	
	高齢者肺炎球菌	<input type="checkbox"/>			
	高齢者带状疱疹	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目		
	高齢者インフルエンザ	<input type="checkbox"/>			
	高齢者新型コロナ	<input type="checkbox"/>			
その他()	()				
申請理由	<input type="checkbox"/> 出産等による里帰り <input type="checkbox"/> 疾病による入院または通院 <input type="checkbox"/> 施設への入所		<input type="checkbox"/> 通学のための滞在 <input type="checkbox"/> その他 ()		
接種予定日	令和 年 月 日 (□未定)		□予約済み □未予約		
接種予定場所	医療機関名: (□未定)		市区町村名:		
依頼書送付先	<input type="checkbox"/> 申請者住所 <input type="checkbox"/> 被接種者住所 <input type="checkbox"/> 滞在先住所 ※つくば市外の住所に送付希望の場合は、送付先住所・氏名を記入した返信用封筒(長形3号)を添付してください。切手は不要です。				
確認欄	この申請により発行された予防接種依頼書を紛失された場合や、都合により接種する医療機関が2か所となり予防接種依頼書がもう1部必要な場合は、再度申請が必要となります。 上記をご確認いただけましたら□にチェックをお願いいたします。 → 確認済 □				

<事務処理欄>

添付書類	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳の出生届出済証明欄の写し <input type="checkbox"/> 母子健康手帳の全ての予防接種の記録ページの写し(高齢者の予防接種の場合は不要) <input type="checkbox"/> 返信用封筒(長形3号) ※つくば市外に送付希望の方のみ。
------	--

受付	受付者	確認者	申請者宛名番号	入力	台帳番号	発送日	発送者
庁・桜・谷・大 郵送・電子			被接種者宛名番号				