

※太枠の中を記入して、母子健康手帳の予防接種の記録(1)~(5)の写しを添付してください。

記入例

予防接種依頼書交付申請書

(あて先)
徳島市長様

接種を受ける人が18歳以上の場合は、接種を受ける人(被接種者)が申請してください。

届出される人が申請者でない場合のみ記載してください。

令和8年5月1日

申請者住所: 徳島市沖浜東2丁目16番地

申請者氏名: 阿波 踊子

被接種者との続柄(母)

届出者氏名: 阿波 二郎 被接種者との続柄: 父

次の予防接種の実施について、依頼書の発行を申請いたします。

フリガナ	アワ スダチ	男	生 年 月 日	平成・令和 8 年 4 月 1 日生 (歳 1 カ月)
被接種者氏名	阿波 すだち	女		
保護者氏名	阿波 踊子			
住民票の住所	(〒 770 - 8053) ※番地、アパート、マンション名、号室等も記入してください。 徳島市沖浜東2丁目16番地			
日中連絡がとれる電話番号	090 - 0000 - 0000			
依頼する予防接種 (希望するものに○をしてください)	B型肝炎 (1回目・2回目・3回目) ロタウイルス感染症 (1回目・2回目・3回目) 小児の肺炎球菌感染症 (1回目・2回目・3回目・追加) 五種混合 (1回目・2回目・3回目・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回目・2回目・追加・2期) ヒトパピローマウイルス感染症(子宮頸がん予防) (1回目・2回目・3回目)			
申請理由	里帰り出産のため			
予防接種の依頼期間	令和8年8月31日まで			
滞在先の住所	(〒 558 - 0000) ※番地、アパート、マンション名、号室等も記入してください。 大阪府健康市 ○○町 △△丁目 △番地			
世帯主氏名	浪速 太郎		☎	06 - 0000 - 0000
接種を受ける市区町村名・住所	大阪 都道府県 健康 市区町村 (健康)保健所・保健センター	接種を受ける医療機関名	ふれあいクリニック	
	住所	健康市幸町2丁目5番地	院長氏名	●● ■■
		医療機関の住所	健康市○○町○番地	
問い合わせ先	☎	06 - 0000 - 0000	☎	06 - △△△△ - △△△△
依頼書送付先住所 (○又は、記入をしてください)	1. 住民票の住所 (2). 滞在先の住所 3. その他 (以下にご記入ください) (〒 -)			
依頼書の宛先 (どちらかに○をつけてください)	(市区町村長あて ・ 接種を受ける医療機関長あて) ※ 予防接種を希望する市区町村に必ずご確認ください。			

回数があるものについては、希望する予防接種の回数に○をつけてください。

滞在先で接種する理由を記入してください。

申請書受付	令和 年 月 日	依頼書発行	令和 年 月 日
-------	----------	-------	----------