様式第1号(第4条関係)　　四国中央市ホームページダウンロード版

予防接種依頼書交付申請書

令和　　年　　月　　日

四国中央市長　様

申請者住所

申請者氏名
代理人住所
代理人氏名
続柄
連絡先電話番号

次のとおり、予防接種依頼書の交付を申請します。

被接種者	氏名(ふりがな)	
	生年月日	年　月　日　(年齢)
	現住所	□申請者に同じ 四国中央市
	滞在先住所	〒 様方　滞在先電話番号:

予防接種の種類		
	□ロタ	1回目・2回目・(3回目ロタテックに限る)
	□小児用肺炎球菌	1回目・2回目・3回目・追加
	□5種混合(DPT-IPV-Hib)	1期(1回目・2回目・3回目・追加)・2期
	□ポリオ	1回目・2回目 ・3回目・追加
	□MR(麻しん・風しん)	1期・2期
	□日本脳炎	1期(1回目・2回目・追加)・2期
	□BCG	
	□水痘	1回目・2回目
	□子宮頸がん(HPV)	1回目・2回目・3回目
	□B型肝炎	1回目・2回目・3回目
	□RSウイルス	
	□高齢者インフルエンザ	
	□高齢者の肺炎球菌	
	□高齢者新型コロナウイルス感染症	
	□高齢者帯状疱疹	1回目・(2回目は組換えワクチン「シングリックス」に限る)

申請理由	□ 里帰り中のため　□ かかりつけ医があるため □ 入院中・施設入所中のため　□ 県外の学校に通っているため □ その他(　　)
備考 ※必ず記入してください	接種をする医療機関名: 所在地: (医療機関へは受け入れ可能であるか、あらかじめご確認ください)

【市処理欄】

本人確認	※窓口に来た方の確認書類　マイナンバー・免・保・介・その他(　　)
代理権確認	※窓口に来た方が本人(保護者)以外の場合は、本人(保護者)の委任を確認する書類が必要です 委状・資・免・介・母・案内文書・その他(　　)

受付印

20260828