

(宛先) 東大阪市長

申請者 住所 _____

氏名 _____

予防接種法に基づく接種依頼書の交付申請書

下記のとおり、他市町村において実施される予防接種の実施依頼書の交付を申請します。

記

予防接種の種類 ※ロタワクチンは2種類あり、接種回数が異なります。途中で種類を変更できません。 ※令和6年4月1日以降は原則、五種混合ワクチンを接種。四種混合・ヒブで接種を始めた方は、原則同一ワクチンを引き続き接種。 ※3か月以内に接種可能な予防接種のみ○を付けてください。	ロタリックス※ （1回目 ・ 2回目） ロタテック※ （1回目 ・ 2回目 ・ 3回目） B型肝炎 （1回目 ・ 2回目 ・ 3回目） 小児用肺炎球菌 （1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加） ヒブ （1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加） 五種混合 （1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 1期追加） 四種混合 （1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 1期追加） 二種混合 （2期） BCG 水痘 （1回目 ・ 2回目） 麻しん風しん混合 （1期 ・ 2期） 日本脳炎 （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）
受ける人（被接種者） すこやか番号が分かる場合はご記入ください	氏名 _____ 【すこやか番号 _____】 住所 〒 _____ 東大阪市 生年月日 _____ 平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生まれ
保護者氏名	
連絡先電話番号	自宅・携帯 _____ — _____ — _____
接種予定日	
接種予定医療機関	名称 _____ 住所 〒 _____ 電話 _____ — _____ — _____
依頼書送付先住所	1. 被接種者住所に同じ 2. その他 〒 _____ (_____ 様方) 3. 窓口にて手渡し
理由	1. 東大阪市の医療機関に入院中（医療機関名： _____） 2. 児童養護施設等に入所中（施設名： _____） 3. 里帰りのため 4. かかりつけ医による接種を必要とするため 5. 低出生体重児のため（出生時体重： _____ g） 6. 長期療養疾病のため（病名： _____） 7. その他 ※以下に具体的に記入ください

※感染症対策課記入欄（受付日 _____ 処理日 _____ 文書番号 _____ 契・償）

<提出先> 〒578-0941 東大阪市岩田町 4-3-22-300

東大阪市保健所感染症対策課 予防接種担当（電話番号：072-960-3805）

☆交付申請書を郵送する場合は、住所を記載した返信用封筒、140円切手を同封してください。