中野区長 あて

定期予防接種依頼申請書

中野区において定期予防接種を受けることができないので、依頼書の交付を申請します。

対象者 (フリガナ) ナカノ ハナコ 氏名 中野 花子 生年月日 2024年 4月 2日
申請者(保護者)氏名・住所 氏名 中野 花恵 住所 中野区(中野) 2丁目 17番 4号 (号室) 電話番号 03-3382-6500
定期予防接種の種類 ☐ ロタウイルス(1回目・2回目・3回目) ☐ B型肝炎(1回目・2回目・3回目) ☐ ヒブ(1回目・2回目・3回目・追加) ☐ 小児肺炎球菌(1回目・2回目・3回目・追加) ☐ DPT-I P V I期(1回目・2回目・3回目・追加) ☐ D T II期 ☐ DPT-I P V-H i b I期(1回目・2回目・3回目・追加) ☐ B C G ☐ 水痘(1回目・2回目) ☐ 麻しん風しん混合ワクチン(MR)(I期・II期) ☐ 日本脳炎I期(1回目・2回目・追加) ☐ 日本脳炎II期 ☐ H P V(1回目・2回目・3回目) ☐ その他()
中野区で定期予防接種を受けることができない理由 里帰り中のため
滞在先 住所 〒0000-0000 00県00市1-1-1 中野 様方 電話番号
滞在予定期間 2025年 3月 31日まで
次の3点を、接種予定の医療機関が所在する区市町村の予防接種担当に必ず確認し、□にチェックしてください。依頼書をお持ちの上で接種する旨を、医療機関へ事前に了承を得てください。 ① 医療機関が所在する区市町村の助成により接種できますか。 ☒ 助成なし ☐ 助成あり ② 予防接種予診票は中野区のものを使用しますか。 ☒ 中野区 ☐ 中野区のものを使用できないため、依頼先のもの ③ 依頼先はどちらになりますか。(いずれか1つにチェックをお願いします。) ☒ 接種する医療機関(住所・名称をご記入ください) 住所 00県00市2-2-2 名称 00クリニック ☐ 接種予定の医療機関が所在する市町村 _____区・市・町・村 長 あて
依頼書の送付先 ☒ 滞在先住所 ☐ 申請者住所 ☐ その他()

※ 接種をしたい日の2週間前までに申請してください。母子手帳の予防接種欄のコピー(数ページ)を必ず添付してください。履歴がなく白紙の場合も必要です。