

東京都台東区長 殿

申請者 住所 台東区
 氏名
 （被接種者との続柄： ）
 電話番号 （ ）

予防接種依頼申請書

下記の者について、台東区外での定期予防接種を希望しますので、予防接種依頼書の発行を申請します。
 なお、接種に係る費用については、当該区市町村の規定により徴収されることを了承します。

被接種者	住所	台東区			
	フリガナ				
	氏名				
	生年月日	年	月	日	性別 男・女
保護者氏名 <small>（申請者と異なる場合のみ記入）</small>					
予防接種の種類 <small>（希望の種類・回に○をつける）</small>	・ロタウイルス 【1回目・2回目・3回目】 ・ヒブ 【初回（1回目・2回目・3回目）・追加】 ・小児用肺炎球菌 【初回（1回目・2回目・3回目）・追加】 ・B型肝炎 【1回目・2回目・3回目】 ・4種混合 1期 【初回（1回目・2回目・3回目）・追加】 ・5種混合 1期 【初回（1回目・2回目・3回目）・追加】 ・BCG ・麻しん風しん混合（MR） 【1期】【2期】 ・水痘 【1回目・2回目】 ・日本脳炎 【1期 初回（1回目・2回目）・追加】【2期】 ・2種混合 2期 ・HPV 【1回目・2回目・3回目】				
滞在先住所	〒	—	都道府県	郡区市	
			丁目	番	号
	（建物名）		号室	様方	
依頼書の宛先 <small>（○をつける） ※滞在先自治体にお問合せください</small>	1. 市区町村長 2. 医療機関 医療機関名（ ） 3. その他（ ）				
依頼理由 <small>（○をつける）</small>	1. 里帰り出産のため 2. 入院・入所等により他の区市町村に滞在しているため 3. その他（理由： ）				
依頼書送付先 <small>（○をつける） ※滞在先自治体にお問合せください</small>	1. 台東区の住所地 2. 滞在先 3. その他（滞在先の役所など）※下記へ記入してください 住所：〒 — 宛先：				

*** 母子健康手帳の予防接種欄のコピーを添付してください。**

依頼書送付先：〒110-0015 東京都台東区東上野 4-22-8 台東保健所 保健予防課予防担当 宛