

記入例 (1)

令和〇年 〇月〇〇日

鹿児島市長 殿

申請者 (接種対象者又は保護者)

住 所 〒890-8543

鹿児島市鴨池二丁目25-1-11

(フリガナ) ホケンジョ ハナコ

氏 名 保健所 花子

接種対象者との続柄【 母 】

電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

鹿児島市予防接種費用助成金交付要綱第 5 条 1 項の規定により、次のとおり申請します。

1	接種 対象者	住 所	鹿児島市鴨池二丁目25-1-11		
		(フリガナ)	(フリガナ) ホケンジョ タロウ		
		氏 名	保健所 太郎		
		生年月日	令和 6年 2月 1日		
2	申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> 里帰り <input type="checkbox"/> その他 (
3	希望する予防接種 (6月以内に接種を希望する 予防接種及び回数に〇 をつけてください)	定 期	B型肝炎	1回目・2回目・3回目	
			ロタウイルス	1価	1回目・2回目
				5価	1回目・2回目・3回目
			ヒブ	1回目 2回目 3回目	追加
			小児用肺炎球菌	1回目 2回目 3回目	追加
			4種混合	1回目 2回目 3回目	追加
			BCG		
			麻しん風しん	第1期・第2期・麻しん単独・風しん単独	
			水痘	1回目・2回目	
			日本脳炎	1回目・2回目・追加・2期	
			子宮頸がん	1回目・2回目・3回目	
任意	おたふくかぜ	第1期・第2期			
	その他 ()				
4	最初の接種予定日	年 月 日			
5	滞在先	住 所 〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇-〇 世帯主名 〇〇 〇〇			
6	接種医療機関名又は集団接種 会場の名称及び住所	名称	〇〇〇〇医院 又は 〇〇保健センター 等		
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇-〇			
7	依頼書宛名	市町村長 ・ 医療機関の長			

複数回の接種を予定している場合は、必要な回を「〇」で囲んでください。

予約が未だの場合は、「未定」としてください。※依頼書の有効期限は、最長1年です。(ワクチンの種類等で短くなることもあります)

実施依頼書の宛名について、医療機関の所在地の予防接種担当課(保健所、市町村役場)に確認のうえ、いずれかを「〇」で囲んでください。

予防接種実施依頼書交付申請書

令和〇年 〇月〇〇日

鹿児島市長 殿

申請者 (接種対象者又は保護者)

住 所 〒890-8543

鹿児島市鴨池二丁目25-1-11

(フリガナ) ホケンジョ ハナコ

氏 名 保健所 花子

接種対象者との続柄【 母 】

電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

鹿児島市予防接種費用助成金交付要綱第 5 条 1 項の規定により、次のとおり申請します。

1	接種 対象者	住 所	鹿児島市鴨池二丁目25-1-11				
		(フリガナ)	(フリガナ) ホケンジョ タロウ				
		氏 名	保健所 太郎				
		生年月日	令和 6年 2月 1日				
2	申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> 里帰り <input type="checkbox"/> その他 (
3	希望する予防接種 (6月以内に接種を希望する 予防接種及び回数に 〇をつけてください)	定	B型肝炎	1回目・2回目・3回目			
			ロタウイルス	1価	1回目・2回目		
				5価	1回目・2回目・3回目		
			ヒブ	1回目・2回目・3回目・追加			
			小児用肺炎球菌	1回目・2回目・3回目・追加			
			4種混合	1回目・2回目・3回目・追加			
			BCG				
			麻疹風しん	第1期・第2期・麻疹単独・風しん単独			
			水痘	1回目・2回目			
			日本脳炎	1回目・2回目・追加・2期			
			子宮頸がん	1回目・2回目・3回目			
			おたふくかぜ	第1期・第2期			
				その他 (5種混合)	1回目・2回目・3回目・追加		
4	最初の接種予定日	年 月 日	予約が未だの場合は、「未定」としてください。				
5	滞在先	住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇-〇				
		世帯主名	〇〇 〇〇				
6	接種医療機関名又は集団接種 会場の名称及び住所	名称	〇〇〇医院 又は 〇〇保健センター 等				
		住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇-〇				
7	依頼書宛名	市町村長 ・ 医療機関の長					

複数回の接種を予定している
場合は、必要な回を「〇」で
囲んでください。

R6.4.1から「5種混合」が定期
接種となりました。5種混合は「4種
混合」と「ヒブ」を合わせたもの
になります。

5種混合を選択する場合は、
下記のとおり「〇」と必要な
回をご記入の上「〇」で囲んで
ください。

予約が未だの場合は、「未定」としてください。

実施依頼書の宛名について、医療機
関の所在地の予防接種担当課 (保健
所、市町村役場) に確認のうえ、い
づれかを「〇」で囲んでください。