

\*\*年 \*\*月 \*\*日

富士河口湖町長 殿

申請者

住 所 〒401-0301 富士河口湖町船津 1700  
 氏 名 河 口 太 郎 ⑩  
 （被接種者との続柄 父 ）

定期予防接種及び法定外予防接種実施依頼書交付申請書

下記のとおり、他市町村で定期予防接種及び法定外予防接種を受けたいので予防接種実施依頼書の交付を申請します。

予防接種名	定期予防接種	<p>※国が定める定期予防接種で、接種希望のものを記入してください。</p> <p>【小 児】B型肝炎、ヒブ、肺炎球菌、四種混合、BCG、MR、水痘、日本脳炎二種混合、子宮頸がん</p> <p>【高齢者】高齢者肺炎球菌、高齢者インフルエンザ</p>		
	法定外予防接種	<p>※法定外予防接種（任意予防接種）で、接種希望のものを記入してください。</p> <p>【小 児】ロタ（1価ワクチン）、流行性耳下腺炎（おたふく）、インフルエンザ</p>		
被接種者	住 所	〒401-0301 富士河口湖町船津 1700		
	フリガナ 氏 名	河口 花子		
	生年月日	**年 **月 **日	性別	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>
	電話番号	0555-72-1111		
保護者氏名		河 口 太 郎		
滞 在 先	住 所	〒	<p>里帰りの場合、里帰り先の住所・電話番号を記入してください。自宅の場合には記入の必要はありません。</p>	様方
	電話番号			
実 施 医 療 機 関	医療機関名		<p>接種希望の医療機関名、所在地、電話番号を記入してください。</p>	
	所在地	〒		
	電話番号			
依頼期間		**年 **月 **日 から **年 **月 **日 まで		
郵送先		<p>(1) 自宅 <input type="radio"/> (2) 滞在先 <input checked="" type="radio"/></p> <p>(3) その他 <input type="radio"/></p> <p>〒</p>	<p>予防接種実施依頼書送付先に○を付け、その他の場合のみ送付先を記入してください。</p>	
申請理由		<p>里帰り中に予防接種を希望するため                  かかりつけ医での接種を希望するため 等の理由を記載</p>		