

# 記入例

申請日 令和 年 月 日

## 予 防 接 種 依 頼 書 交 付 申 請 書

那覇市長 宛

申請者

住 所 那覇市与儀1丁目3番21号

氏 名 山田 花子

下記の者は那覇市の実施する予防接種が受けられません。つきましては、  
長崎（都 道 府県）佐世保（市）区 町 村）での接種を希望しますので、  
 予防接種依頼書の発行をお願いします。

那覇市で登録されている  
住所を記載してください。

|                                 |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                      |             |
|---------------------------------|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------|
| 被接種者<br>(予防接種を<br>受ける人)         | 住民登録地 | 那覇市 与儀 1 丁目 3 番 21 号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                      |             |
|                                 | フリガナ  | ヤマダ フジオ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                      |             |
|                                 | 氏名    | 山田 富士男                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                      |             |
|                                 | 性別    | (男)・女)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 生年月日                 | 令和4年 5月 1日生 |
| * 保護者氏名                         |       | 山田 花子                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 電話番号 (090-0001-0011) |             |
| 受ける定期予防接種と<br>希望する接種回数を<br>○で囲む |       | <input type="radio"/> ロタウイルス { - ロタリックス (1回目・2回目)<br>※どちらか1種類 - ロタテック (1回目)<br><input type="radio"/> B型肝炎 (1回目 2回目 3回目)<br><input type="radio"/> ヒブワクチン (1回目・2回目・3回目・追加)<br><input type="radio"/> 小児肺炎球菌ワクチン (1回目・2回目・3回目・追加)<br><input type="radio"/> 四種混合ワクチン (1回目・2回目・3回目・1期追加)<br><input type="radio"/> 五種混合ワクチン (1回目・2回目・3回目・1期追加)<br><input type="radio"/> BCG<br><input type="radio"/> MR(麻しん風しん混合)ワクチン (1期・2期)<br><input type="radio"/> 水痘ワクチン (1回目・2回目)<br><input type="radio"/> 日本脳炎 1期 (初回1回目・初回2回目・追加)<br><input type="radio"/> 日本脳炎 2期<br><input type="radio"/> DT 2期<br><input type="radio"/> ヒトパピローマウイルス { - サーバリックス (1回目・2回目・3回目)<br>※どちらか1種類 - ガーダシル (1回目・2回目・3回目)<br>- シルガード9 (1回目・2回目・3回目) |                      |             |
| 滞在地連絡先                          |       | ・滞在先住所 〒000-0000<br>長崎県佐世保市〇丁目〇番〇号<br>・滞在先の世帯主名( 佐藤 様方) 電話                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |             |
| 申請する理由                          |       | 里帰りのため                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                      |             |
| 依頼書の宛先                          |       | 1. 市区町村長宛て 2. 接種を受ける病院宛て(病院名: )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                      |             |
| 依頼書送付先                          |       | 1. 那覇市の住所(住民登録地) 2. 滞在先住所                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                      |             |
| 滞 在 期 間                         |       | 令和 5年 8月 15 日頃から令和 6年 10月 10日頃まで                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |             |

県外で接種されるワクチンの必要  
回数をすべて丸で囲んで下さい。

2回分という意味で2回目だけを  
囲むと、2回目しか対象になりませ  
ん。接種対象回数をすべて  
丸で囲んでください。

接種を受ける病院宛ての  
場合、医療機関名を記入  
して下さい。

\*保護者の欄は滞在先で被接種者に同伴する保護者（通常は母か父どちらか）を記入して下さい。