

予防接種実施依頼書交付申請書

令和8年4月1日

(あて先)八戸市長

申請者(被接種者) ※被接種者が未成年の場合は保護者

住所 〒031-0000

八戸市田向0-0-0

氏名 八戸 花子

被接種者との関係 (母)

電話番号 080-0000-0000

(日中連絡がとれる番号)

次のとおり、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

被接種者	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ 八戸市		
	フリガナ	ハチノヘ タロウ		男 ・ 女
	氏名	八戸 太郎		
	滞在先住所	〒000-0000 00県00市00~ (様方)		
理由	<input checked="" type="checkbox"/> 里帰り出産等で県外に滞在している <input type="checkbox"/> 医療機関へ入院または施設入所等のため市外に滞在している <input type="checkbox"/> その他(具体的理由)			
依頼する予防接種	<p>※あてはまるものに✓をつけてください。</p> <p>ロタ(1価・5価) ※どちらかに○ <input checked="" type="checkbox"/>1回目 <input type="checkbox"/>2回目 <input type="checkbox"/>3回目 ※5価のみ</p> <p>ヒブ感染症 <input type="checkbox"/>1回目 <input type="checkbox"/>2回目 <input type="checkbox"/>3回目 <input type="checkbox"/>追加</p> <p>小児用肺炎球菌 <input checked="" type="checkbox"/>1回目 <input type="checkbox"/>2回目 <input type="checkbox"/>3回目 <input type="checkbox"/>追加</p> <p>B型肝炎 <input checked="" type="checkbox"/>1回目 <input type="checkbox"/>2回目 <input type="checkbox"/>3回目</p> <p>三種混合 <input type="checkbox"/>1回目 <input type="checkbox"/>2回目 <input type="checkbox"/>3回目 <input type="checkbox"/>追加</p> <p>不活化ポリオ <input type="checkbox"/>1回目 <input type="checkbox"/>2回目 <input type="checkbox"/>3回目 <input type="checkbox"/>追加</p> <p>五種混合 <input checked="" type="checkbox"/>1回目 <input type="checkbox"/>2回目 <input type="checkbox"/>3回目 <input type="checkbox"/>追加</p> <p>BCG <input type="checkbox"/></p> <p>麻しん風しん混合 <input type="checkbox"/>1期 <input type="checkbox"/>2期</p> <p>水痘</p> <p>日本脳炎</p> <p>二種混合</p> <p>ヒトパピローウイルス感染</p> <p>RSウイルス感染</p> <p>高齢者肺炎球菌</p> <p>高齢者带状疱疹</p> <p>高齢者インフルエンザ</p> <p>高齢者新型コロナウイルス <input type="checkbox"/></p>			
依頼先	<p>※ 滞在先の市区町村に依頼先を確認の上、ご記入ください。</p> <p><input type="checkbox"/> 市区町村長 (市区町村)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 実施医療機関の長 (00小児科)</p>			

年度内(3/31)までに接種予定のものに
チェック☑してください。
【注意1】 年度ごと(4/1~3/31)の申請になります
【注意2】 年度をまたいだ申請はできません。
翌年度分はあらためて再度 申請をお願いします。

【送付先】 〒031-0011 八戸市田向3-6-1 八戸市総合保健センター 八戸市保健所 保健予防課

電話番号: 0178-38-0715

FAX: 0178-38-0736