

## 予防接種依頼書交付申請書

さいたま市長

令和 年 月 日

住所 〒  
さいたま市 区

ア 申請者 氏名

※申請者は被接種者本人に限ります(小児の場合は、保護者)

電話

※日中に連絡可能な電話番号

下記の理由により、予防接種依頼書の交付を申請します。

記

イ 被接種者	住所	さいたま市 区	
	氏名	フリガナ	生年月日
			Tel T・S・H・R 年 月 日 ( 歳 か月)
ウ さいたま市内実施 医療機関等で受け られない理由  (○印をつけてください)	1	出産に伴う一時的な里帰りのため (出産日または出産予定日: 月 日)	
	2	長期入院等のため (病名: ) (医療機関名: ) (入院(予定)期間: 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日頃)	
	3	施設に入所中のため (施設名: ) (接種医名: )	
	4	埼玉県立小児医療センターで接種を受けるため	
	5	その他 ( )	
エ 予防接種の種類  (○印をつけてください)	※ 1度に申請可能な定期予防接種は、申請日から6か月以内に接種を行う分のみとなります。		
	1	ロタリックス(1価) (1回目・2回目※)	10 麻しん (第1期・第2期)
	2	ロタテック(5価) (1回目・2回目・3回目※)	11 風しん (第1期・第2期)
	3	ヒブ (1回目・2回目・3回目・追加)	12 水痘 (1回目・2回目)
	4	小児用肺炎球菌 (1回目・2回目・3回目・追加)	13 日本脳炎 第1期 (1回目・2回目・追加)
	5	B型肝炎 (1回目・2回目・3回目)	14 日本脳炎 第2期
	6	4種混合 (1回目・2回目・3回目・追加)	15 ヒトパピローマウイルス(HPV) (1回目・2回目・3回目)
	7	不活化ポリオ (1回目・2回目・3回目・追加)	16 成人用肺炎球菌(ニューモバックス)
	8	ジフテリア・破傷風 (第1期・第2期)	17 高齢者インフルエンザ
	9	BCG	※ロタリックス(1価)は2回、ロタテック(5価)は3回接種
オ 接種予定日	令和 年 月 日	←接種後の申請は不可	
カ 予防接種依頼先	医療機関名:	Tel	
	住所:	※施設入所先での接種の場合は、接種医名をご記入ください ※子どもの接種の場合、依頼先が自治体の指定を受けた医療機関であるかご確認ください。	
キ 滞在先	住所	〒 区 Tel	
	宛名	世帯主名	
	※依頼書等の送付を希望する場合はご記入ください		
ク 依頼書受領方法 (○印をつけてください)	1	窓口	2 申請者住所に郵送
	3	滞在先に郵送	4 その他 ( )

ケ【添付書類】  子どもの接種の場合、被接種者の母子健康手帳(「表紙」および「接種の記録」欄を確認します)

※郵送により申請される場合は、申請書の他、添付書類、申請者の本人確認ができる書類(運転免許証、保険証等)のコピーを同封してください。

※申請先は、お住まいの区役所保健センターになります。

## 【予防接種依頼書交付申請書記入時の注意事項】

### ア 申請書

申請者は、被接種者本人に限ります（子どもの接種の場合は保護者）。

高齢者が対象の定期予防接種の場合、家族の方または後見人（保佐人・補助人含む）による代筆が可能です（この場合も申請者名は被接種者本人となります）。なお、他の方が代筆をする場合、被接種者、家族または後見人による代筆についての委任状が必要です。

### イ 被接種者

接種を受ける方の住民登録があるさいたま市の住所、氏名等をご記入ください。

### ウ さいたま市内実施医療機関等で受けられない理由

「5 その他」の場合、その理由を具体的にご記入ください。

### エ 予防接種の種類

( ) 内の接種回、期も○で囲んでください。

### オ 接種予定日

複数回の接種予定がある場合は、最初の予定日をご記入ください。

接種予定日が決定していない場合は、何月頃に接種を予定しているかをご記入ください。

### カ 予防接種依頼先

あらかじめ接種を希望する医療機関が滞在地又は医療機関所在地の市区町村の「定期予防接種指定医療機関」であるかを確認のうえ、ご記入ください（市区町村のホームページで確認する、予防接種担当部署に電話等で問い合わせるなど）。

また、ロタウイルスワクチンを接種する場合は、いずれの種類を接種するかを事前にご確認ください。

滞在先市町村が集団予防接種を行っている場合、接種が可能かどうか、費用負担があるかなどを、滞在先市町村にあらかじめ、お問い合わせください。

### キ 滞在先

里帰り先、入院施設名等をご記入ください。

さいたま市内実施医療機関等で受けられない理由が「埼玉県立小児医療センターで接種を受けるため」の場合、原則として記入は不要です。

### ク 予防接種依頼書の受領方法

郵送をご希望で、送付先が「その他」の場合、郵便番号、住所、氏名等をご記入ください。

### ケ 添付書類

被接種者の母子健康手帳：以下の欄を確認します。

表紙（被接種者の母子健康手帳であるかを確認）

定期予防接種の記録欄（接種を希望するワクチンの種類の欄）

※郵送による申請を希望する場合は、添付書類のコピーを同封してください。