

(宛先) 名古屋市保健所長

申請者住所
申請者氏名
(被接種者との続柄)
申請者電話番号

予 防 接 種 実 施 依 頼 書 発 行 申 請 書

このことについて、下記のとおり名古屋市で予防接種を受けることができませんので、
予防接種実施依頼書を発行してください。

記

被接種者 (予防接種を受ける人)	フリガナ		生年	☐ 平成	年	月	日
	氏名		月日	☐ 令和			
	住所	☐ 申請者住所と同じ ※住民登録の住所を記載してください。確認の結果、本市に住民登録がなかった場合は、発行できません。					
希望する 予防接種 滞在予定期間中 かつ、 1年以内に 接種を希望する 予防接種に ☑をいれる	ロタウイルス どちらか1種類選択	ロタリックス	☐ 1回目 ☐ 2回目				
		ロタテック	☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目				
	B型肝炎	☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目					
	小児肺炎球菌	☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目 ☐ 追加接種					
	五種混合	☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目 ☐ 追加接種					
	BCG	☐ BCG					
	麻しん・風しん(MR)	☐ 1期 ☐ 2期					
	水痘	☐ 1回目 ☐ 2回目					
	日本脳炎	☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 追加接種 ☐ 2期					
	二種混合(DT)	☐ DT					
	子宮頸がん いずれか1種類選択	サーバリックス	☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目				
		ガーダシル	☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目				
		シルガード9	☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目				
	ヒブ	☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目 ☐ 追加接種					
	四種混合	☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目 ☐ 追加接種					
三種混合	☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目 ☐ 追加接種						
不活化ポリオ	☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目 ☐ 追加接種						
滞 在 地	(様方)						
滞 在 予定期間	年 月 日から 年 月 日まで ※接種日時時点で名古屋市に住民登録がない場合、この制度は利用できません。						
接種希望 医療機関	☐ 所在地の指定医療機関であると確認済(確認後☑) (所在地) 都道 市区 府県 町村						
依 頼 書 発行理由	☐ 里帰り出産 ☐ DV避難 ☐ 施設入所 ☐ その他 ()						

※ 予防接種後に接種費用の費用助成が受けられます。詳しくは、予防接種相談窓口
(052-972-3969) までお問い合わせください。

《保健センター記入欄》

住民登録の確認: ☐システム ☐子ども医療証 ☐マイナンバーカード ☐その他 ()