

公的(定期)予防接種実施依頼書交付申請書

(申請先) 茨木市長

茨木市以外の市区町村で公的(定期)予防接種を受けたいので、依頼書の交付を申請します。  
なお、申請要件の確認のため、私及び予防接種を受ける者の住民基本台帳を市長が閲覧することに同意します

|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                         |       |                          |                                   |
|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------------|-----------------------------------|
| 申 請 日         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 令和                      年                      月                      日 |       |                          |                                   |
| 申 請 者         | 保 護 者 名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                         |       | 電 話 番 号                  |                                   |
|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                         |       | -                      - |                                   |
|               | (代理人の場合)<br>氏 名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                         | 続 柄   | 電 話 番 号                  |                                   |
|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                         |       | -                      - |                                   |
| 接 種 を 受 け る 人 | フリガナ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                         | 性 別   | 生 年 月 日                  |                                   |
|               | 氏 名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                         | 男 ・ 女 | 平成<br>令和                 | 年      月      日 (      歳      か月) |
|               | 住 所                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 〒<br>茨木市                                                                |       |                          |                                   |
| 予 防 接 種 の 種 類 | 依頼書が必要な予防接種の種類及び接種予定月をご記入ください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                         |       |                          |                                   |
|               | <div><div><input type="checkbox"/> ロタ 1回目                      (令和      年      月)</div><div><input type="checkbox"/> ロタ 2回目                      (令和      年      月)</div><div><input type="checkbox"/> ロタ 3回目 ※ロタテックのみ(令和      年      月)</div><div><input type="checkbox"/> Hib 初回1回目                      (令和      年      月)</div><div><input type="checkbox"/> Hib 初回2回目                      (令和      年      月)</div><div><input type="checkbox"/> Hib 初回3回目                      (令和      年      月)</div><div><input type="checkbox"/> Hib 追加                      (令和      年      月)</div><div><input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 初回1回目(令和      年      月)</div><div><input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 初回2回目(令和      年      月)</div><div><input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 初回3回目(令和      年      月)</div><div><input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 追加                      (令和      年      月)</div><div><input type="checkbox"/> B型肝炎 1回目                      (令和      年      月)</div><div><input type="checkbox"/> B型肝炎 2回目                      (令和      年      月)</div><div><input type="checkbox"/> B型肝炎 3回目                      (令和      年      月)</div><div><input type="checkbox"/> 4種混合 第1期初回1回目(令和      年      月)</div><div><input type="checkbox"/> 4種混合 第1期初回2回目(令和      年      月)</div><div><input type="checkbox"/> 4種混合 第1期初回3回目(令和      年      月)</div><div><input type="checkbox"/> 4種混合 第1期追加                      (令和      年      月)</div></div> <div><div><input type="checkbox"/> 5種混合 第1期初回1回目(令和      年      月)</div><div><input type="checkbox"/> 5種混合 第1期初回2回目(令和      年      月)</div><div><input type="checkbox"/> 5種混合 第1期初回3回目(令和      年      月)</div><div><input type="checkbox"/> 5種混合 第1期追加                      (令和      年      月)</div><div><input type="checkbox"/> BCG                      (令和      年      月)</div><div><input type="checkbox"/> 麻しん風しん(MR) 第1期(令和      年      月)</div><div><input type="checkbox"/> 麻しん風しん(MR) 第2期(令和      年      月)</div><div><input type="checkbox"/> 水痘 1回目                      (令和      年      月)</div><div><input type="checkbox"/> 水痘 2回目                      (令和      年      月)</div><div><input type="checkbox"/> 日本脳炎 第1期初回1回目(令和      年      月)</div><div><input type="checkbox"/> 日本脳炎 第1期初回2回目(令和      年      月)</div><div><input type="checkbox"/> 日本脳炎 第1期追加                      (令和      年      月)</div><div><input type="checkbox"/> 日本脳炎 第2期                      (令和      年      月)</div><div><input type="checkbox"/> 2種混合(DTキソイド) 第2期(令和      年      月)</div><div><input type="checkbox"/> 子宮頸がん(HPV) 1回目(令和      年      月)</div><div><input type="checkbox"/> 子宮頸がん(HPV) 2回目(令和      年      月)</div><div><input type="checkbox"/> 子宮頸がん(HPV) 3回目(令和      年      月)</div><div><input type="checkbox"/> その他                      (令和      年      月)</div></div> |                                                                         |       |                          |                                   |

※接種予定月が半年以上先である場合の依頼書の交付については、お断りすることがあります。

※ 注意事項      接種される市区町村により、茨木市の予診票が使えない場合や事前手続きが必要な場合がありますので、必ず接種を希望される市区町村の予防接種担当部署にご確認の上、接種してください  
また、接種は有料となる場合があります。

|                                     |    |     |       |    |
|-------------------------------------|----|-----|-------|----|
| (職員記入欄)                             | 課長 | 副理事 | グループ長 | 受付 |
|                                     |    |     |       |    |
| 依頼書番号      (                      ) |    |     |       |    |