様式第１号（第４関係）

定期予防接種依頼書発行申込書

年　　月　　日

岩手町長　　様

保護者氏名　　（続柄）

下記の理由により、他市町村において予防接種を希望するので、予防接種依頼書の発行を申込みます。

※接種の３週間前までに申請してください。

予防接種を受ける者（被接種者）	フリガナ	
	氏名	年　　月　　日生
	住所	〒（　　－　　） 岩手町 （TEL　　－　　－　　） ※日中に連絡の取れる電話番号を記入ください
	滞在先住所	〒（　　－　　） 様方 （TEL　　－　　－　　） ※日中に連絡の取れる電話番号を記入ください
	滞在期間	年　　月　　日　～　　年　　月　　日
書類の送付先	□　滞在先住所　　□　岩手町の住所	
希望する理由	□　かかりつけ医又は主治医のため □　母親の出産や里帰り、施設入所等により町外に長期滞在している □　その他（　　）	
希望する市町村	都・道・府・県　　市・町・村	
接種医療機関	医療機関名	
	住所	
	電話番号	
接種予定年月日	年　　月　　日	
予防接種の種類 ※発行を希望するもの全て（原則として６か月以内に接種予定のものにマルをつけてください。）	ロタウイルス	１価【　１回目・２回目　】 ５価【　１回目・２回目・３回目　】
	B 型肝炎	【　１回目　・　２回目　・　３回目　】
	Hib 感染症	【　初回１回目・初回２回目・初回３回目・追加　】
	小児の肺炎球菌感染症	【　初回１回目・初回２回目・初回３回目・追加　】
	ジフテリア・百日せき破傷風・ポリオ・Hib 感染症	【５種混合（DPT-IPV-Hib）４種混合（DPT-IPV）・３種混合（DPT）・不活化ポリオ】 【１期１回目　・　１期２回目　・　１期３回目　・　１期追加　】
	BCG	
	麻しん・風しん	【　１期　・　２期　】
	水痘（水ぼうそう）	【　１回目　・　２回目　）
	日本脳炎	【　１期１回目　・　１期２回目　・　１期追加　・　２期　】
	二種混合（ジフテリア・破傷風）２期	
	ヒトパピローマウイルス感染症	（　１回目　・　２回目　・　３回目　）

---------- 以下は記載しないでください ----------

【岩手町処理欄】

確認欄	□申請者確認書類（運転免許証・健康保険証・他　　）
依頼先	連絡日　　担当者
処理日	年　　月　　日

受付印