

決	課長	係長	係員
定			

※依頼書の有効期限は発行後3か月です。期限が切れた場合は、再申請が必要となりますので、接種日に注意して申請してください。

## 記入見本

### 予防接種依頼書交付申請書

接種者	住所(住民登録上)	足立区 <b>中央本町1-17-1</b>		
	氏名	<b>足立 太郎</b>		男・女
	生年月日	<b>令和5年3月XX日生</b>		わからない場合は後ほどお電話にて担当と一緒に確認するため未記入でも大丈夫です。
保護者氏名	<b>足立 花子</b>			
定期予防接種の種類	<b>・ヒブ・小児用肺炎球菌・B型肝炎・ロタ</b>			
接種日 (予定がある場合のみ)	① <b>令和5年5月XX日(X)</b>			
	② 年 月 日 ( )			
依頼先 ※接種する市町村名 または医療機関名	<b>XX 病院</b>			医療機関を予約済みの方のみご記入ください。
理由	<input checked="" type="checkbox"/> 出産前からの里帰り ( <b>7月まで里帰り予定</b> ) <input type="checkbox"/> 出産後の里帰り <input type="checkbox"/> 保護者や親族の事情のため <input type="checkbox"/> 子どもの病気のため (病名： <input type="checkbox"/> その他 (			わかる方のみいつまで滞在予定かご記入ください。)
保護者連絡先 (依頼書送付先)	住所	〒 <b>123-4567 XX県XX市XX 1-2-345号室</b>		
	電話番号	<b>012-3456-789</b>	方書	<b>XX 様方</b>
滞在先 (上記依頼書送付先と異なる場合のみ記入)	住所	〒		
	電話番号	電話番号を書くところが2か所ありますが、日中連絡の取れる連絡先を2つお持ちであれば、それぞれ異なる電話番号をご記入ください。		
<b>令和5年5月XX日</b>				
		申請者住所	<b>中央本町1-17-1</b>	
		申請者氏名	<b>足立 花子</b>	
		電話番号	<b>000-1111-222</b>	

※注 (1) 交付申請書には母子健康手帳の「予防接種の記録」のコピーを添付してください。

(2) 郵送申請の場合、返信用封筒、返信用切手(84円)を同封し、接種日の10日前には足立区役所保健予防課に到着するように郵送してください。

※令和元年10月～消費税増税のため切手料金の変更

(3) 有効期間は発行後3か月以内なので、接種日に注意してください。

(4) 手続き、接種方法、費用については滞在先の市町村に事前に確認してください。

担当 〒120-8510 足立区中央本町1-17-1 TEL3880-5892(直通) 足立区役所保健予防課保健予防係