

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	中央本町 1-17-1		
	氏 名	足立 太郎			
	生 年 月 日	令和 6 年 8 月 ×× 日生			
保 護 者 氏 名		足立 花子			わからない場合は、 未記入でも大丈夫です。
定期予防接種の種類		小児肺炎球菌、B型肝炎、ロタ、五種混合			
接 種 日 (予定がある場合のみ)		① 令和 6 年 10 月 ×× 日 (×)			
		② 年 月 日 ()			
依頼先 ※接種する市町村名 または医療機関名		×× 病院			
理 由		☒ 出産前からの里帰り ☐ 出産後の里帰り ☐ 保護者や親族の事情のため ☐ 子どもの病気のため (病名:) ☐ その他 ()			
保護者連絡先 (依頼書送付先)		住 所	〒123-4567 ××県××市×× 1-2-345号室		
		電話番号	012-345-6789		方書 ×× 様方
滞 在 先 (上記依頼書送 付先と異なる場 合のみ記入)		住 所	〒		電話番号を書くところが2か所ありま すが、日中に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。
		電話番号			
令和 6 年 10 月 ×× 日					
足立区の住所を ご記入ください。		申請者住所 中央本町 1-17-1			
		申請者氏名 足立 花子			
		電話番号 012-3456-7890			

- ※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(110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。
- (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。