

決 定	課長	係長	係員

※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。

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		
	氏 名			
	生 年 月 日	年	月	日生
保 護 者 氏 名				
定期予防接種の種類		<input type="checkbox"/> 3か月分すべて <input type="checkbox"/> 希望のワクチンのみ ワクチン名 ()		
接 種 日 (予定がある場合のみ)		① 年 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		(自治体)		
		(病院)		
理 由		<input type="checkbox"/> 出産前からの里帰り <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 ()		
保護者連絡先 (依頼書送付先)	住 所	〒		
	電話番号		方書	
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		方書	
年 月 日				
申請者住所				
申請者氏名				
電話番号				

- ※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、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 TEL3880-5094(直通) 足立区役所保健予防課予防接種係