

久喜市予防接種依頼書交付申請書

申請日 年 月 日

久喜市長 あて

申請者 住所  
(フリガナ)

氏名

電話番号

被接種者との続柄

下記のとおり、県外等（指定外医療機関）において予防接種を希望しますので、依頼書の発行を申請します。

被接種者氏名 ※予防接種を受ける方	フリガナ	生年月日	
保護者氏名 (未成年の場合)		電話番号	
住民票の住所	久喜市		
申請理由			
予防接種の種類 ※希望する予防接種 及び回数を○で囲んで ください。	ロタ	( 1 ・ 2 ・ 3 ) 回目	
	ヒブ	初回 ( 1 ・ 2 ・ 3 ) 回目 ・ 追加	
	小児用肺炎球菌	初回 ( 1 ・ 2 ・ 3 ) 回目 ・ 追加	
	四種混合	1 期初回 ( 1 ・ 2 ・ 3 ) 回目 ・ 1 期追加	
	五種混合	1 期初回 ( 1 ・ 2 ・ 3 ) 回目 ・ 1 期追加	
	B 型肝炎	( 1 ・ 2 ・ 3 ) 回目	
	B C G	麻しん風しん混合 ( 1 ・ 2 ) 期	水痘 ( 1 ・ 2 ) 回目
	日本脳炎	1 期初回 ( 1 ・ 2 ) 回目 ・ 1 期追加 ・ 2 期	
	二種混合	子宮頸がん予防 ( 1 ・ 2 ・ 3 ) 回目	
	高齢者インフルエンザ	高齢者肺炎球菌 ( 定期 ・ 任意 )	新型コロナウイルス感染症
滞在先住所	〒		
接種医療機関名			
接種医療機関 住所 ・ 電話番号	電話番号 — —		
依頼書宛先	1. 市区町村長あて		2. 接種を受ける病院(医院等)長あて
依頼書送付先	1. 現住所 2. 滞在先 3. その他 ( )		

※接種費用を実費でお支払いになった場合は、久喜市が定める額を限度に払戻しを行いますので、接種終了後（1年以内に）「久喜市予防接種自己負担金交付金申請書と請求書」に必要事項を記入し、医療機関発行の領収書(原本)、予診票の写し又は母子手帳の「予防接種の記録」の写しを添えて、ご提出ください。(郵送可)