

（あて先）三鷹市長

定期予防接種実施依頼書交付申請書
（乳幼児等に対する予防接種）

三鷹市の指定医療機関以外で定期予防接種を受けることを希望しますので、取り計らいをお願いいたく、次のとおり申請します。

被接種者	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	平成・令和 西暦 年 月 日 （ 歳 か月）
	住所	三鷹市 電話 - -
保護者	氏名	続柄（ ）
	住所	<input type="checkbox"/> 被接種者と同住所の場合はチェックを入れてください（再度の記載不要） 電話 - -
予防接種の種類	ロタウイルス 1・2・3 回目 ヒブ 1・2・3 回目 小児用肺炎球菌 1・2・3 回目 B型肝炎 1・2・3 回目 四種混合 1・2・3 回目 BCG その他（ ）	
滞在先住所方書	〒 様方 電話 - -	
滞 在 期 間	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで 西暦 西暦	
依頼書の宛名	1 市区町村長 ・ 2 医療機関院長	
接種を実施する 市区町村・医療機関 の名称・住所	市区町村：	
	医療機関名称：	
	医療機関住所：	
依頼書の送付先	1 三鷹市の住民登録地 ・ 2 滞在先 3 その他（〒 ）	
希 望 理 由	1 里帰り 2 かかりつけ医 3 その他（ ）	

[申請者] 上記保護者が申請の場合はチェックを入れてください（再度の記載不要）

住 所

氏 名

続柄（ ）

（あて先）三鷹市長

定期予防接種実施依頼書交付申請書
（乳幼児等に対する予防接種）

見本

三鷹市の指定医療機関以外で定期予防接種を受けることを希望しますので、取り計らいをお願いいたく、次のとおり申請します。

被接種者	フリガナ	〇〇〇〇 〇〇〇〇	
	氏名	〇〇 〇〇	
	生年月日	平成・令和 西暦 〇〇年 〇〇月 〇〇日 （ 〇歳 〇か月）	
	住所	三鷹市 〇〇〇 〇丁目 〇〇番 〇〇号 電話 〇〇〇〇- 〇〇〇〇- 〇〇〇〇	
保護者	氏名	〇〇 〇〇 続柄（ 〇 ）	
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 被接種者と同住所の場合はチェックを入れてください（再度の記載不要） 電話 - -	
予防接種の種類	ロタウイルス ①・②・③回目 ヒブ ①・②・③回目 小児用肺炎球菌 ①・②・③回目 B型肝炎 ①・②・③回目 四種混合 ①・②・③回目 BCG その他（ ヒブ 追加 ）		
滞在先住所方書	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市 〇丁目 〇番 〇号 〇〇マンション〇〇〇号室 〇〇 〇〇様方 電話 〇〇〇〇- 〇〇〇〇- 〇〇〇〇		
滞在期間	平成・令和 西暦 〇〇年 〇〇月 〇〇日から 平成・令和 西暦 〇〇年 〇〇月 〇〇日まで		
依頼書の宛名	1 市区町村長 ・ ② 医療機関院長		
接種を実施する市区町村・医療機関の名称・住所	市区町村：	宛名が市区町村長の場合は、 1 市区町村長に〇をし、市 区町村名をご記入ください。	
	医療機関名称：		〇〇〇〇〇〇クリニック
	医療機関住所：		〇〇県〇〇〇〇市 〇丁目〇〇番〇〇-〇〇〇号
依頼書の送付先	1 三鷹市の住民登録地 ・ ② 滞在先 3 その他（〒 ）		
希望理由	① 里帰り 2 かかりつけ医 3 その他（ ）		

母子手帳のコピーを添付してください。（出生欄・予防接種履歴）

[申請者] 上記保護者が申請の場合はチェックを入れてください（再度の記載不要）
住所
氏名 続柄（ ）

- ◆同封の申請書と母子手帳コピーを返送してください。
- ◆見本を参考に出生届出ページ、予防接種記録ページ(全て)をコピーしてください。
- ◆窓口にお越しいただく場合は、母子手帳もお持ちください。申請書をいただいてから依頼書をお渡するまで、1週間～10日程かかりますので、余裕を持って申請書を提出してください。

この欄は手帳を受け取ったらすぐに自分で記入してください。

子の保護者	続柄	ふりがな	生年月日	職業
	母(妊婦)		年 月 日生(歳)	
	父		年 月 日生(歳)	
			年 月 日生(歳)	
	居住地			
出生届出済証明				
子の氏名	ふりがな		男・女	
出生の場所		都道府県	市区町村	
出生の年月日		年 月 日		
上記の者については 年 月 日 出生の届出があったことを証明する。				
市区町村長				印
※赤ちゃんが生まれたら14日以内に出生届をして、同時に上欄に出生届出済の証明を受けてください。				

予防接種の記録(1)

Immunization Record

感染症から子ども(自分の子どもはもちろん、まわりの子どもたち)を守るために、予防接種は非常に効果の高い手段の一つです。子どもたちの健康を守るために予防接種の効果と副反応をよく理解し、予防接種を受けましょう。

ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D (年齢)	メーカー/ロット Manufacturer/ Lot.No	接種者署名 Physician	備考 Remarks
インフルエンザb型 (Hib) Haemophilus Influenza Type b	1回			
	2回			
	3回			
	追加			
小児用肺炎球菌 Streptococcus pneumoniae	1回			
	2回			
	3回			
	追加			
B型肝炎 Viral Hepatitis Type B	1回			
	2回			
	3回			

●その他

予防接種の記録(2)

ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ Diphtheria・Pertussis・Tetanus・Polio					
時期	ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D (年齢)	メーカー/ロット Manufacturer/ Lot.No	接種者署名 Physician	備考 Remarks
第1期初回	1回				
	2回				
	3回				
第1期追加					

BCG			
接種年月日 Y/M/D (年齢)	メーカー/ロット Manufacturer/ Lot.No	接種者署名 Physician	備考 Remarks

ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D (年齢)	メーカー/ロット Manufacturer/ Lot.No	接種者署名 Physician	備考 Remarks
麻疹(はしか) Measles 風しん Rubella	第1期			
	第2期			

ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D (年齢)	メーカー/ロット Manufacturer/ Lot.No	接種者署名 Physician	備考 Remarks
水痘 Varicella	1回			
	2回			

予防接種の記録(3)

日本脳炎 Japanese Encephalitis					
時期	ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D (年齢)	メーカー/ロット Manufacturer/ Lot.No	接種者署名 Physician	備考 Remarks
第1期初回	1回				
	2回				
第1期追加					

ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D (年齢)	メーカー/ロット Manufacturer/ Lot.No	接種者署名 Physician	備考 Remarks
ヒトパピローマ ウイルス (HPV) Human Papilloma (2価・4価)	1回			
	2回			
	3回			

○薬剤や食品などのアレルギー記入欄