

予防接種依頼書交付申請書

被接種者	住所	東京都墨田区吾妻橋1-1-1			
	氏名	墨田 太郎 (フリガナ スミダ タロウ)			
	生年月日	2026年 1月 1日 (満 0歳 2ヶ月)	性別	男性	
保護者	住所	墨田区吾妻橋1-1-1			
	氏名	墨田 花子 (フリガナ スミダ ハナコ) (被接種者との続柄 母親)			
	電話番号	090-1234-5678			
理由	里帰りのため				
予防接種の種類	<input type="checkbox"/>	5種混合初回1回目	<input type="checkbox"/>	ロタ1回目	MR1期
		5種混合初回2回目		ロタ2回目	MR2期
		5種混合初回3回目		ロタ3回目	水痘1回目
		5種混合初回追加		BCG	水痘2回目
	<input type="checkbox"/>	小児用肺炎球菌1回目		ポリオ初回1回目	日本脳炎1期初回1回目
		小児用肺炎球菌2回目		ポリオ初回2回目	日本脳炎1期初回2回目
		小児用肺炎球菌3回目		ポリオ初回3回目	日本脳炎1期追加
		小児用肺炎球菌追加		ポリオ追加	日本脳炎2期
	<input type="checkbox"/>	B型肝炎1回目		3種混合初回1回目	DT
		B型肝炎2回目		3種混合初回2回目	子宮頸がん1回目
		B型肝炎3回目		3種混合初回3回目	子宮頸がん2回目
		ヒブ (回目)		3種混合追加	子宮頸がん3回目
滞在地	住所	〒△△△-〇〇〇〇 ●●県◆◆市△△1-1-1			
	氏名	山田 様方			
接種希望医療機関名	××小児科クリニック				

※ 償還払い申請は、費用の一部が自己負担となることがあります(上限額あり)。

2026年 4月 1日

【申請者】

氏名 墨田 花子 (被接種者との続柄 母)

住所 墨田区吾妻橋1-1-1