

(あて先)長崎市長

記入例

令和〇年 〇月 〇日

申請者(保護者)住所 長崎市〇〇町〇番〇号
〇〇アパート〇〇〇

申請者(保護者)氏名 予防 花子

被接種者との続柄 母

予防接種申請書

定期接種の実施について次のとおり、依頼書の発行を申請します。

妊婦が対象のワクチン
の場合は、申請者欄に
妊婦本人の住所・氏名
を記入してください。
被接種者との続柄は「本
人」となります。

被接種者	住所	長崎市〇〇町〇番〇号 〇〇アパート〇〇〇号	
	ふりがな	よぼう たろう	
	氏名	予防 太郎	男・女
	生年月日	令和 2年 〇月 〇日	〇歳 2か月
	妊娠週数	週	
現在の滞在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 △△県△△市△△町△番△号 〇〇方		
滞在期間(予定)	令和〇〇年〇月上旬まで		
連絡先	000-0000-0000		
長崎県内で接種 できない理由	里帰り出産後、子どもとともに△△県の実家に滞在しているため		
		自己負担	
		有	無
・BCG			
・不活化ポリオワクチン	(1回目・2回目・3回目・追加)		
・五種混合	(1回目・2回目・3回目・追加)	〇	
・三種混合	(1回目・2回目・3回目・追加)		
・二種混合			
・麻しん風しん混合	(第1期・第2		
・日本脳炎	(第1期 (1回		
・ヒブ	(1回目・2回目		
・小児用肺炎球菌	(1回目・2回目・3回目・追加)	〇	
・水痘(水ぼうそう)	(1回目・2回目)		
・B型肝炎	(1回目・2回目・3回目)	〇	
・HPV(子宮頸がん)	(1回目・2回目・3回目)		
・ロタ(1価)	(1回目・2回目)		
・ロタ(5価)	(1回目・2回目・3回目)		
・RSウイルス			
長崎市の予診票は必要ですか。		必要	不要
予防接種を実施する 医療機関名および所在地	〇〇子どもクリニック △△県△△市△△町△番地△		
依頼書の送付先	保護者(滞在先) / 市区町村の予防接種担当課 / その他()		

里帰り等で滞在先の実
家等の名字が異なる場
合は、郵便物が確実に
届くように「〇〇方」まで
記入してください。

滞在先の自治体が接種費用を負
担する場合以外は、自己負担有
に〇を記入してください。

申請からおおよそ6か月以内に接種予
定の分は、一度に申請することも可能
です。(※ただし、同じ医療機関での接
種の場合に限ります。)

接種する医療機関に長崎市の
予診票が必要か否かを事
前に確認してから記入してく
ださい。(※滞在先の自治体
の予診票も利用可能です。)