令和　　年　　月　　日

予 防 接 種 依 頼 書 交 付 申 請 書

浦添市長 松本 哲治 殿

住　　所　浦添市
申請者氏名　　印

下記の者は、浦添市と契約している指定医療機関等で予防接種が受けられません。

つきましては、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（ 医療機関名）での接種を希望しますので、予防接種依頼書の発行をお願いします。

※ご注意： 依頼先の市区町村で下記の予防接種を接種対象年齢内に受ける場合に限り、浦添市の公費負担での接種が可能です。（浦添市医師会との予防接種業務委託契約単価を上限とします）

被接種者	住所	〒 浦添市		
	生年月日	大正・昭和 平成・令和　　年　　月　　日 生	年齢	歳　　ヶ月
	氏名	(フリガナ)	性別	男　・　女
(注1)(注2) 保護者氏名		(フリガナ)	連絡先	
受ける予防接種と希望する接種回数を○で囲んでください。 ※５種混合（DPT＋不活化ﾎﾟﾘｵ＋ﾋﾌﾞ）対象者は原則として過去に DPT,生ﾎﾟﾘｵ,不活化ﾎﾟﾘｵ（単独）,ﾋﾌﾞ（単独）の接種歴がないものに限ります。 ※ヒブワクチン、小児用肺炎球菌ワクチンについては、接種開始月齢等により接種回数が異なります。 ※MRと水痘のワクチンは、この病気にかかったことがある場合は接種の必要はありません。 ※高齢者肺炎球菌ワクチンは、65歳の方のみで過去に自費・公費問わず１度でも接種している場合は、全額自己負担になります。		○ＢＣＧ　　○水痘(１回目 ・ ２回目)　○ＭＲ （ １期 ・ ２期 ） ○ロタリックス（１回目・２回目）　○ロタテック（１回目・２回目・３回目） ○５種混合（ＤＰＴ＋不活化ポリオ＋ヒブ）(１回目・２回目・３回目・追加) ○Ｂ型肝炎（ １回目 ・ ２回目 ・ ３回目 ）　　○ＤＴ２期 ○日本脳炎（ １期初回１回目 ・ ２回目 ・ １期追加 ・ ２期 ） ○ヒブ（ １回目 ・ ２回目 ・ ３回目 ・ 追加 ） ○小児用肺炎球菌 （ １回目 ・ ２回目 ・ ３回目 ・ 追加 ） ○子宮頸がん（HPV）（ １回目・２回目・３回目 ） ○高齢者インフルエンザ　　○高齢者用肺炎球菌　　○新型コロナ ○帯状疱疹（ １回目・２回目 ）　○その他（　　）		
接種実施予定施設名 住所及び連絡先				
浦添市で接種できない理由				
依頼書送付先		１． 浦添市の住所（住民登録地）　　２． 滞在先住所		

注1:保護者の欄は、滞在先で被接種者に同伴する保護者(通常は父母のいずれか)を記入してください。
注2:被接種者が成人の場合は記入不要。