

## 「予防接種実施依頼」申請書

豊島区長

申請者氏名		被接種者との続柄	
申請者住所 電話番号	〒 - 電話番号 ( )		

下記のとおり「予防接種実施依頼書」の交付を申請します。

フリガナ		男・女	(生年月日) 平成・令和 年 月 日
被接種者氏名			
被接種者住所	豊島区		
実施を希望する 定期予防接種の種類 (該当に○)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・五種混合1期 (初回1回目・初回2回目・初回3回目・追加)</li> <li>・四種混合1期 (初回1回目・初回2回目・初回3回目・追加)</li> <li>・Hib (1回目・2回目・3回目・4回目)</li> <li>・B型肝炎 (1回目・2回目・3回目)      ・BCG</li> <li>・ロタウイルス(1回目・2回目・3回目)</li> <li>・小児用肺炎球菌 (1回目・2回目・3回目・4回目)</li> <li>・MR (1期・2期)      ・水痘 (1回目・2回目)      ・DT2期</li> <li>・日本脳炎 (1期1回目・1期2回目・1期追加・2期)</li> <li>・子宮頸がん予防 (1回目・2回目・3回目)</li> </ul>		
豊島区で予防接種を 受けられない理由			
接種予定日	令和 年 月 日ごろ		
滞在先住所	〒 - ※必ず記入してください。 電話番号 ( ) 様方		
滞在先予定日	令和 年 月 日ごろまで		

※以下の欄は、接種を希望する自治体の予防接種担当部署に確認してから記入してください。

依頼先 (該当に○)	区市町村長あて・医療機関長あて
依頼先担当機関名	※依頼先が医療機関の場合、医療機関名を記入
依頼先電話番号	( )
依頼書送付先 (該当に○)	1 申請者住所 2 被接種者滞在先 3 その他 (住所 〒 - 宛名等 )
依頼先の費用助成 (該当に○)	1 あり (自己負担なし) 2 なし (自己負担あり)

《提出先》〒170-0013 豊島区東池袋4-42-16

池袋保健所 保健予防課 予防接種担当

「予防接種実施依頼書」記入例 申請書

豊島区長

申請者氏名	池袋 花子	被接種者との続柄	母
申請者住所 電話番号	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 豊島区 東池袋4-42-16 電話番号 〇〇〇 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇〇〇		

下記のとおり「予防接種実施依頼書」の交付を申請します。

フリガナ	イケブクロ タロウ	男 (生年月日)	令和 6 年 2 月 ●日
被接種者氏名	池袋 太郎	女	
被接種者住所	・豊島区 東池袋4-4		
実施を希望する 定期予防接種の種類 (該当に○)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・五種混合 1 期</li> <li>・四種混合 1 期 (初回 1 回目・初回 2 回目・初回 3 回目・追加)</li> <li>・Hib (1 回目・2 回目・3 回目・4 回目)</li> <li>・B 型肝炎 (1 回目・2 回目)</li> <li>・ロタウイルス (1 回目・2 回目・3 回目)</li> <li>・小児用肺炎球菌 (1 回目・2 回目)</li> <li>・MR (1 期・2 期) ・水痘 (1 期)</li> <li>・日本脳炎 (1 期 1 回目・1 期 2 回目)</li> </ul>		
豊島区で予防接種を 受けられない理由	出産に伴い里帰り先で予防接種を希望しているため。		
接種予定日	令和 6 年 5 月 ●日、○日		
滞在先住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 ※必ず記入してください。 △△県 ■■市 □□●-●-●● 豊島 様方 電話番号 〇〇〇 ( 〇〇〇 ) 〇〇〇〇		
滞在予定日	令和 6 年 10 月 ● 日ごろまで		

令和 6 年 4 月から五種混合ワクチン (四種混合+ヒブワクチン) が定期  
予防接種として認められました。四種混合ワクチンで始めた場合は、原  
則、同じワクチンを使用します。

滞在先で実施する予定のものを選択して  
ください。  
※ワクチンごとに対象年齢や接種間隔が  
定められています。  
滞在期間中に接種できる分を申請して  
ください。

滞在先の表札 (旧姓等)  
郵便が届くように記入し  
てください。

※以下の欄は、接種を希望する自治体の予防接種担当部署に確認してから記入してください。

依頼先 (該当に○)	区市町村長あて・医療機関長あて
依頼先担当機関名	△△病院 ※依頼先が医療機関の場合、医療機関名を記入
依頼先電話番号	〇〇〇 ( 〇〇〇 ) 〇〇〇〇
依頼書送付先 (該当に○)	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 申請者住所</li> <li>2 被接種者滞在先</li> <li>3 その他 (住所 〒 - 宛名等)</li> </ul>
依頼先の費用助成 (該当に○)	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 あり (自己負担なし)</li> <li>2 なし (自己負担あり)</li> </ul>

豊島区の住所に送付する場合は「1 申請者住  
所」を選択ください。  
里帰り先など豊島区外の滞在先に送付する  
場合は「2 被接種者滞在先」を選択してくだ  
さい。

窓口で費用を支払い、後日助成金申請を  
する場合は、2 を選択してください。

《提出先》〒170-0013 豊島区東池袋4-42-16

池袋保健所 保健予防課 予防接種担当