

(表面)

第1号様式 (第4条関係)

年度 第 号

予防接種実施依頼書の交付申請書

年 月 日

天栄村長 様

申請者 住所 天栄村大字 字
氏名 印
(被接種者との続柄)

下記理由により予防接種を受けたいので、「予防接種実施依頼書」の交付を申請します。

記

予防接種依頼先 (医療機関名)	
予 防 接 種 名	裏面記載のとおり
接種依頼の理由	
被 接 種 者 名 (生年月日)	氏 名 年 月 日 (カ月)
住 所	天栄村大字 字 電話
滞在先住所	

(裏面)

予防接種の種類 (接種するものに○)			対象者
定期接種 A類	ロタウイルスワクチン	ロタリックス(1価) (1・2)回目	生後6週～生後24週未満
		ロタテック(5価) (1・2・3)回目	生後6週～生後32週未満
	BCG		生後2か月～1歳未満
	DPT三種混合 (ジフテリア・百日せき・破傷風)	1期 (1・2・3)回目 追加	生後2か月～7歳6か月未満
	DT二種混合 (ジフテリア・破傷風)	1期 (1・2・3)回目 追加	生後2か月～7歳6か月未満
		2期	11歳～13歳
	四種混合 DPT-IPV (ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ)	1期 (1・2・3)回目 追加	生後2か月～7歳6か月未満
	麻しん風しん混合 (MR)	1期	生後1歳～2歳未満
		2期	小学校就学前の1年間
	麻しん	1期	生後1歳～2歳未満
		2期	小学校就学前の1年間
	風しん	1期	生後1歳～2歳未満
		2期	小学校就学前の1年間
	日本脳炎	1期 (1・2)回目 追加	生後6か月～7歳6か月未満
			9歳～20歳未満 (接種勧奨差し控えにより接種機会を逃した者)
		2期	9歳～13歳未満 (接種勧奨差し控えにより接種を逃した者は 20歳未満まで)
	急性灰白髄炎 (不活化ポリオ単ワクチン)	(1・2・3)回目 追加	生後2か月～7歳6か月未満
	ヒブワクチン	(1・2・3)回目 追加	生後2か月～5歳未満
	小児用肺炎球菌	(1・2・3)回目 追加	生後2か月～5歳未満
子宮頸がん予防ワクチン	(1・2・3)回目	小学6年生～高校1年生 及びキャッチアップ接種対象者	
水痘ワクチン	(1・2)回目	生後1歳～3歳未満	
B型肝炎	(1・2・3)回目	生後1歳未満 ※母子感染予防での接種対象者は除く	
定期 B類	高齢者インフルエンザ		65歳以上の者、60歳以上65歳未満で内部障 がい1級程度の者 生活保護世帯の者
	高齢者肺炎球菌ワクチン		当年度末で65歳となる者、60歳以上65歳未 満で内部障がい1級程度の者 (経過措置：70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95 歳、100歳となる者)
			生活保護世帯の者