

柏市長 あて

住所 柏市〇〇〇〇-△△

申請者が同一世帯以外の代理人の場合は、保護者の委任状が必要です。

申請者 氏名 柏 〇〇 続柄 (母)

電話 04-1234-5678

特別な事情による定期予防接種申請書

次のとおり、対象期間内に定期予防接種を受けることができませんでしたので、予防接種法施行規則に基づき、下記のとおり、定期予防接種を申請します。

被接種者	ふりがな	かしわ たろう		性別	男 ・ 女
	氏名	柏 太郎		生年月日	平成〇〇年 〇月 〇日
	住所	柏市〇〇〇〇-△△			
特別な事情	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症流行に伴い予防接種を控えていたため <input type="checkbox"/> その他 (<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 20px;"> その他、以下の状況等についても該当します。 ・海外より帰国し、潜伏期間中検疫所長が指定する場所で待機措置等となった。 </div>)				
保護者氏名	柏 ■■■■		保護者連絡先	自携	
希望する予防接種の種類をご記入ください。 柏市が必要と認めた予防接種のみが対象となりますので、申請したすべての予防接種が認められるわけではありません。ご了承ください。	ヒブ (Hib)	初回 (1回目・2回目・3回目)			
	小児用肺炎球菌	初回 (1回目・2回目・3回目) ・追加			
	B型肝炎	1回目・2回目・3回目			
	四種混合	1期初回 (1回目・2回目・3回目) ・1期追加			
		1期初回 (1回目・2回目・3回目) ・1期追加			
		1回			
	(MR)	1期・2期			
		1回目・2回目			
		1期初回 (1回目・2回目) ・1期追加・2期			
		2期			
子宮頸がん予防 (HPV)	1回目・2回目・3回目				
不活化ポリオ (IPV)	1期初回 (1回目・2回目・3回目) ・1期追加				
高齢者肺炎球菌	1回				
接種予定医療機関情報	医療機関名	●●病院			