

寝屋川市予防接種依頼書発行申請書（妊婦 RS ウイルスワクチン）

令和 年 月 日

（あて先）寝屋川市長

申請者 住所：〒

氏名：

（ 被接種者との続柄 ）

（ 連絡のつく電話番号： ）

下記のとおり発行及び交付の申請をします。

記

予防接種を受ける人	フリガナ	
	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日
	住 所	〒 寝屋川市
	電 話 番 号	() —
	出産予定日	年 月 日 現在 (週 日)
予防接種名	RS ウイルスワクチン	
予防接種を受ける市町村名と病院名	市町村名 () 病院名 ()	
本市で受けられない理由 (該当するものに○をつけてください)	1 妊婦健診を受けている医療機関で接種するため (かかりつけ) 2 里帰り 3 その他 ()	
※里帰り 滞在先住所 (依頼書送付先)	〒 旧姓※ (TEL:)	

※里帰りで、旧姓のご実家への送付を希望される場合は「旧姓」も必ずご記入下さい。

※郵送にて申請される場合は、母子健康手帳の「出生届出済証明欄」と「妊娠中の経過」（週数がわかるもの）の
コピーを同封してください。また、依頼書を返送するための切手を貼付した返信用封筒の同封も併せてお願い
します。

※予診票は送付しておりません。寝屋川市様式の予診票が必要かどうかを病院に確認し、必要があれば寝屋川市
子育て支援課予防接担当（072-800-7091）にご連絡ください。