

## 浦安市予防接種依頼書交付申請書について

定期予防接種は、住民票のある市町村で接種することが原則ですが、やむを得ない事情がある場合、他市町村で接種することができます。その場合、他市町村（市町村が予防接種依頼の受付をしていない場合は予防接種をする医療機関）へ依頼するため、予防接種依頼書を作成いたしますので、【浦安市予防接種依頼書交付申請書】に必要事項を御記入の上、浦安市役所 母子保健課へ提出、または郵送してください。

ご不明点等ございましたら、浦安市役所 母子保健課までお問い合わせください。

### 郵送用封筒について

予防接種依頼書の郵送を希望される場合は、

**A4 サイズ封筒・180円切手または270円切手**

を貼った封筒をご用意の上、申請書と合わせて提出または郵送してください。

### 郵送先

〒 279-8501 浦安市役所 母子保健課  
(住所の記入は不要です)

### お問い合わせ

電話 047-381-9034

切手を貼る	□□□-□□□□
	宛 滞
	名 在
	先 住 所

予防接種1回につき、書類を2枚発送します。切手貼付の目安

A4 20枚まで・・・180円切手

A4 32枚まで・・・270円切手



# 浦安市予防接種依頼書交付申請書

令和 年 月 日

浦安市長 あて

申請者(保護者) 住所 浦安市 \_\_\_\_\_  
続柄 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ ( )

次の理由により、指定医療機関及び千葉県相互乗り入れ医療機関以外での定期予防接種を受けたいので、他市区町村長への依頼書の交付を申請します。

フリガナ 被接種者氏名		男 女	生年 月日	平成・令和 年 月 日 ( 歳 か月)
住 所	〒 _____ 浦安市			
電 話 番 号				
申 請 理 由	・里帰り 長期入院 ・その他 ( )			
依頼先 市町村区名 または医療機関名				
滞在先の住所・ 世帯主名	〒 _____			
滞在先電話番号				
滞 在 予 定 期 間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			

希 望 する 予 防 接 種	予防接種の種類	回数(例:初回1回目)	接種予定日
			令和 年 月 日
			令和 年 月 日
			令和 年 月 日
			令和 年 月 日
			令和 年 月 日