

岩手県広域的予防接種申請書兼予防接種実施依頼書交付申請書
(岩手県広域接種パスポート / 予防接種実施依頼書 共通)

令和 年 月 日

盛岡市長 様

申請者氏名 (続柄)

下記の理由により、他市町村において予防接種を希望するので、岩手県広域接種パスポートまたは予防接種実施依頼書の交付を申請します。

ふりがな 被接種者氏名	年 月 日生		
住 所	〒 盛岡市	Tel	- - ※日中に連絡の取れる電話番号を記入ください
滞 在 先 住 所	〒 様方	Tel	- - ※日中に連絡の取れる電話番号(上記と異なる場合のみ記入)
滞 在 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日		
希望する市町村	都・道・府・県		市・区・町・村
接種医療機関	医療機関名 ※電話番号		
	※医療機関住所 ※県外接種のみ記入		
【※県外接種のみ記入】	詳細は市ホームページ(ID:1002162)または、赤ちゃん手帳を参照ください。		
医療機関への 事前連絡	①予防接種実施依頼書の受け付け確認 済 ・ 未 (未の場合は、確認の上申請してください)		
	②接種料金を市の発行した請求書で請求可能か 可 ・ 不可		
	③書類の送付先の確認 済 ・ 未		
書 類 の 送 付 先 (下記参照※)	・ 滞在先住所 ・ 盛岡の住所 ・ 接種医療機関 (県外で接種の方のみ110円切手を貼付した医療機関あて封筒と、110円切手を貼付した送付先(滞在先等)あて封筒が必要)		
希 望 す る 理 由	<input type="checkbox"/> かかりつけ医又は主治医が盛岡市外にいる。 <input type="checkbox"/> 母親の出産や里帰り、施設入所等の理由により、盛岡市外に長期滞在している。 <input type="checkbox"/> 進学のため盛岡市外に長期滞在している。 <input type="checkbox"/> 上記以外()		
希 望 す る 予防接種の種類	※ロタはワクチンの種類いずれかに○ ・ ロタ[ロタリックス(1価)・ロタテック(5価)] 【1回目 2回目 3回目(3回目はロタテックのみ)】 ・ B型肝炎 【1回目 2回目 追加】 ・ 小児用肺炎球菌 【初回1回目 初回2回目 初回3回目 追加】 ・ 五種混合 第一期 (ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ・ヒブ) 【初回1回目 初回2回目 初回3回目 追加】 ・ ヒブ(インフルエンザ菌b型) 【初回1回目 初回2回目 初回3回目 追加】 ・ 三種混合 第一期 (ジフテリア・百日せき・破傷風) 【初回1回目 初回2回目 初回3回目 追加】 ・ 不活化ポリオ(IPV) 【初回1回目 初回2回目 初回3回目 追加】 ・ BCG ・ 水痘 【1回目 2回目】 ・ 麻しん風しん混合 【第一期】・【第二期】 ・ 日本脳炎 第一期 【初回1回目 初回2回目 追加】 ・ 日本脳炎 第二期 ・ 二種混合(ジフテリア・破傷風) 第二期 ・ ヒトパピローマウイルス(HPV) 【1回目 2回目 3回目】		

【申請方法】
母子健康手帳の「表紙」及び「予防接種の記録」ページのコピー、切手を貼付した返信用封筒(下記参照※)を、盛岡市保健所指導予防課(〒020-0884 盛岡市神明町3-29)に持参または、送付してください。接種予定日が決まっている場合は、申請書を接種予定日の2週間前までに提出してください。

※ 必要書類を交付する際に使用しますので、送付先(住所・あて名)を記入した長形3号サイズの封筒に110円分の切手を貼付してください。なお、県外で接種を希望する方のうち、**接種医療機関へ書類の送付を希望する方は滞在先あてに書類の写しを送付しますので、別途送付先(滞在先)を記入した返信用封筒(長形3号)に110円分の切手を貼付し、併せて提出してください。**

岩手県広域的予防接種実施依頼書交付申請書

(岩手県広域) < み ほん > (依頼書 共通)

令和 7 年 4 月 1 日

盛岡市長 様

申請者氏名 接種太郎 (続柄) 父

下記の理由により、他市町村において予防接種を希望するので、岩手県広域接種パスポートまたは予防接種実施依頼書の交付を申請します。

ふりがな 被接種者氏名	せ っ し ゅ は な こ 接 種 は な こ 令和 7 年 4 月 2 日生		
住 所	〒 020-0884 盛岡市 神明町3番29号	TEL 019-603-8307 ※日中に連絡の取れる電話番号を記入ください	
滞在先住所	〒 ※滞在先住所を記入します。様方	TEL - - ※日中に連絡の取れる電話番号(上記と異なる場合のみ記入)	
滞 在 期 間	R 7 年 4 月 10 日 ～ R 8 年 6 月 30 日		
希望する市町村	△ △ 都・道・府・県 ◇ ◇ 市・区・町・村		
接種医療機関	医療機関名 ○ △ □ クリニック ※電話番号		
	※医療機関住所 ※県外接種のみ記入		
【※県外接種のみ記入】	詳細は市ホームページ(ID:1002162)または、赤ちゃん手帳を参照ください。		
医療機関への 事前連絡	①予防接種実施依頼書の受け付け確認 済 ・ 未 (未の場合は、確認の上申請してください)		
	②接種料金を市の発行した請求書で請求可能か 可 ・ 不可		
	③書類の送付先の確認 済 ・ 未		
書類の送付先 (下記参照※)	滞在先住所 ・ 盛岡の住所 ・ 接種医療機関 (県外で接種の方のみ110円切手を貼付した医療機関あて封筒と、110円切手を貼付した送付先(滞在先等)あて封筒が必要)		
希望する理由	<input type="checkbox"/> かかりつけ医又は主治医が盛岡市外にいる。 <input checked="" type="checkbox"/> 母親の出産や里帰り、施設入所等の理由により、盛岡市外に長期滞在している。 <input type="checkbox"/> 進学のため盛岡市外に長期滞在している。 <input type="checkbox"/> 上記以外()		
受けたい予防接種を○ で囲んでください。(年 度内に予定している予 防接種はまとめて申請 することができます。)	<div>※ロタはワクチンの種類いずれかに○</div> <div>・ ロタ[<u>ロタリックス(1価)</u> ・ ロタテック(5価)] 【1回目 2回目 3回目(3回目はロタテックのみ)】</div> <div>・ B型肝炎 【1回目 2回目 追加】</div> <div>・ 小児用肺炎球菌 【初回1回目 初回2回目 初回3回目 追加】</div> <div>・ 五種混合 第一期 (ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ・ヒブ) 【初回1回目 初回2回目 初回3回目 追加】</div> <div>・ ヒブ(インフルエンザ菌b型) 【初回1回目 初回2回目 初回3回目 追加】</div> <div>・ 三種混合 第一期 (ジフテリア・百日せき・破傷風) 【初回1回目 初回2回目 初回3回目 追加】</div> <div>・ 不活化ポリオ(IPV) 【初回1回目 初回2回目 初回3回目 追加】</div> <div>・ BCG</div> <div>・ 水痘 【1回目 2回目】</div> <div>・ 麻しん風しん混合 【第一期】 ・ 【第二期】</div> <div>・ 日本脳炎 第一期 【初回1回目 初回2回目 追加】</div> <div>・ 日本脳炎 第二期</div> <div>・ 二種混合(ジフテリア・破傷風) 第二期</div> <div>・ ヒトパピローマウイルス(HPV) 【1回目 2回目 3回目】</div>		
希 望 す る 予 防 接 種 の 種 類			

【申請方法】

母子健康手帳の「表紙」及び「予防接種の記録」ページのコピー、切手を貼付した返信用封筒(下記参照※)を、盛岡市保健所指導予防課(〒020-0884 盛岡市神明町3-29)に持参または、送付してください。接種予定日が決まっている場合は、申請書を接種予定日の2週間前までに提出してください。

※ 必要書類を交付する際に使用しますので、送付先(住所・あて名)を記入した長形3号サイズの封筒に110円分の切手を貼付してください。なお、県外で接種を希望する方のうち、接種医療機関へ書類の送付を希望する方は滞在先あてに書類の写しを送付しますので、別途送付先(滞在先)を記入した返信用封筒(長形3号)に110円分の切手を貼付し、併せて提出してください。