

船橋市長あて

申請日 令和 年 月 日

船橋市予防接種申請書（被災者用）

※下記必要事項をご記入ください

○被接種者氏名 _____

○生 年 月 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

○住 所（住民登録地） 〒 _____

○保護者・申し込み者氏名 _____（続柄： _____）

○日中連絡の取れる電話番号 _____

○滞在先住所（船橋市） 〒 _____

○滞在理由 _____

○接種を受ける市町村及び病院名

_____ 市区町村

病院・施設名： _____

○書類の送付先 船橋市 滞在先 その他（ _____ 宅）

（次頁あり）

船橋市での接種を希望する予防接種（該当するものに○）

(乳幼児)・ロタウイルス（必要回数分）	
・Hib（ヒブ）【1回目 2回目 3回目 追加】	・BCG
・小児用肺炎球菌【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回目 2回目 3回目 追加】	・水痘【1回目 2回目】
・日本脳炎1期【1回目 2回目 追加】	・MR【1期 2期】
	・おたふくかぜ
(学童)・二種混合 ・日本脳炎2期 ・ヒトパピローウイルス（HPV）【1回目 2回目 3回目】	
(成人)・MR ・風しん	
(高齢者)・インフルエンザ（接種可能期間：令和5年10月1日から令和6年1月31日）	
・高齢者肺炎球菌	
※四種混合：ジフテリア・百日せき・破傷風・不活化ポリオ混合 MR：麻しん・風しん混合	
二種混合：ジフテリア・破傷風混合	

※以下健康づくり課記入欄

受付日（令和6年度） 月 日

予防接種係使用欄

入力日 令和6年 月 日

発送日 令和6年 月 日

【お問い合わせ・郵送先】

〒273-8506 千葉県船橋市北本町1-16-55

船橋市健康部 健康づくり課 予防接種係 電話 047-409-3836