

予防接種実施依頼書 発行申込書

※申込者は太枠の部分①～⑩について、必要な箇所に記入します。

受付番号 (センター記入)	
------------------	--

被接種者 接種を受ける方の 情報	①氏名	フリガナ										
	②生年月日	年 月 日 (満 歳)										
	③住所	〒 - 横浜市 区										
④連絡先		(電話番号)										
⑤保護者氏名 <small>※ 被接種者が16歳以上の場合は記入不要</small>		続柄 ()										
⑥申込者氏名 <small>※ 被接種者・保護者以外が申請する場合に記入</small>		接種を受ける方との関係 ()										
⑦発行の理由 (該当する番号に○印をつけてください)		1 横浜市外で定期接種 →様式2発行 ➔ 依頼書の宛名 () ※ 市長宛、病院長宛など <input type="checkbox"/> 里帰り出産 (接種する本人の弟・妹の出産を含む) →償還払い申請書 <input type="checkbox"/> 入院治療中等 (病名) →償還払い申請書 2 長期療養等後の接種 (長期疾患・災害・ワクチン供給不足・その他) →様式3発行 (病名その他) 3 接種忘れ等 () →様式4発行										
【B型肝炎】 3回目：1回目終了後 139日以上の間隔あり <input type="checkbox"/>	⑧予防接種の種類 (発行を希望するものに○印をつけてください)	RSウイルス				麻しん風しん混合/ 麻しん・風しん	1期	2期				
		B型肝炎	1回目	2回目	3回目	日本脳炎	1回目	2回目	1期追加	2期		
		ロタウイルス	1回目	2回目	3回目	二種混合	2期					
		五種混合	1回目	2回目	3回目	1期追加	子宮頸がん予防	1回目	2回目	3回目		
		BCG					不活化ポリオ	1回目	2回目	3回目	1期追加	
		小児用肺炎球菌	1回目	2回目	3回目	追加	三種混合	1回目	2回目	3回目	1期追加	
		水痘	初回	追加				ヒブ	1回目	2回目	3回目	1期追加
		高齢者インフルエンザ				新型コロナ	成人用肺炎球菌				带状疱疹	生 組 換 え 1 2
⑨接種予定日・医療機関		接種(開始)予定日		年 月 日								
		医療機関		<医療機関名> <医療機関住所> <医師名>								
⑩滞在先住所 (市外の医療機関で接種する場合に記入)		〒 -		連絡先 (世帯主名) (電話番号)								
⑪依頼書送付先 (市外の医療機関で接種する場合に記入。3又は4の場合、郵便番号も記載してください。)		1 現住所 (上記③と同じ住所) 2 滞在先 (上記⑨と同じ住所) あて名： 3 滞在先行政機関 所在地・部署名： 4 その他 住 所・あて名：										
センター記入欄		受付者			受付日			令和 年 月 日				
		受付方法 (該当箇所に○)			来庁・FAX・郵送・電話・その他 ()							