

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)	
------------------	--

①被接種者氏名 (接種を受ける方の氏名)	フリガナ		
②生年月日	年 月 日		
③住所	〒 ー		
	横浜市 区		
④保護者氏名 <small>高齢者インフルエンザ・成人用肺炎ワクチン の場合、記入不要</small>	連絡先	(電話番号)	
	続柄 ()		
⑤申込者氏名 <small>保護者(高齢者インフルエンザ・成人用肺炎 球菌ワクチンの場合は本人)以外が申込の場 合、記入してください</small>	接種を受ける方との関係 ()		
⑥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	
	<input type="checkbox"/> 里帰り出産 (接種する本人の兄弟姉妹の出産を含む)	→償還払い申請書	
	<input type="checkbox"/> 入院治療中(病名)	→償還払い申請書	
	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルスの影響 (インフルエンザ・成人用肺炎球菌を除く)	→償還払い申請書	
	2 長期にわたる疾患後の接種(病名)	→様式3発行	
	3 その他 ()	→様式4発行	
⑦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)	・ ヒ ブ (1 ・ 2 ・ 3) 回目・追加		
	・ 小児用肺炎球菌 (1 ・ 2 ・ 3) 回目・追加		
	・ B 型 肝 炎 (1 ・ 2 ・ 3) 回目		
	・ 四 種 混 合 1 期 (1 ・ 2 ・ 3) 回目・1 期追加		
	・ 不 活 化 ポ リ オ 1 期 (1 ・ 2 ・ 3) 回目・1 期追加		
	・ B C G		
	・ 麻 し ん 風 し ん 1 期 ・ 2 期 長期にわたる疾患の場合のみ→3 期 ・ 4 期		
	・ 水 痘 初 回 ・ 追 加		
	・ 日 本 脳 炎 1 期 (1 ・ 2) 回目 ・ 1 期追加 ・ 2 期		
	・ 二 種 混 合		
	・ 子 宮 頸 がん 予 防 (1 ・ 2 ・ 3) 回目		
・ インフルエンザ (高齢者のみ) / 成人用肺炎球菌ワクチン (高齢者のみ)			
⑧接種予定日・医療機関	接種(開始)予定日	令和 年 月 日	
	医療機関	<医療機関名>	
		<医療機関住所>	
		<医師名>	
⑨滞在先住所 (市外の医療機関で 接種する場合に記入)	〒 ー		
	連絡先 (世帯主名)		
	(電話番号)		
⑩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○)	電話・来庁・FAX・郵送・その他 ()	