

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			
	連絡先	(電話番号)		
④保 護 者 氏 名 <small>※ 高齢者向けワクチンの場合は記入不要</small>	続柄 ()			
⑤申 込 者 氏 名 <small>※ 保護者以外(高齢者向けワクチンは本人以外)が申請する場合に記入</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 ➡ 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) <input type="checkbox"/> 入院治療中 (病名)			→様式 2 発行 →償還払い申請書 →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) (病名その他)			→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)	<ul style="list-style-type: none">・ 小児用肺炎球菌 (1 ・ 2 ・ 3) 回目・追加・ B 型 肝 炎 (1 ・ 2 ・ 3) 回目 3 回目:1 回目終了後 139 日以上の間隔あり <input type="checkbox"/>・ ロタウイルス (1 ・ 2 ・ 3) 回目・ 五 種 混 合 1 期 (1 ・ 2 ・ 3) 回目・1 期追加・ 四 種 混 合 1 期 (1 ・ 2 ・ 3) 回目・1 期追加・ ヒ ブ (1 ・ 2 ・ 3) 回目・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 追加: 初回接種終了後 3 か月以上の間隔あり <input type="checkbox"/>・ 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(※)／成人用肺炎球菌(※)／新型コロナ(※)／帯状疱疹(※) (※)高齢者のみ			
⑧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 >		
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○)	来庁・F A X ・郵送・電話・その他 ()		