

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	〒 一 横浜市 区			
	連絡先	(電話番号)		
④保護者氏名 ※ 高齢者向けワクチンの場合は記入不要	続柄 ()			
⑤申込者氏名 ※ 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	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 checked="" type="checkbox"/> 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(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 その他() →様式 4 発行			
	<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 			
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)	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)	〒 一			
	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・FAX・郵送・電話・その他()		