

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			
	横浜市港北区			
	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 ※ 保護者が記入(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			
	➡ 依頼書の宛名 () ※ 市長宛、病院長宛など			
	☐ 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			
	☐ 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			
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)	・ 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 ☐ ・ 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 ☐ ・ 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 (高齢者のみ) / 新型コロナ (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○)	電話・来庁・FAX・郵送・その他 ()		