

予防接種実施依頼書等発行申請書

丹波市長 林 時彦 様

予防接種法等に基づく定期予防接種について、丹波市内の定期予防接種受託医療機関以外の医療機関において、下記のとおり予防接種を受けたいので承認願います。

①接種を受ける方	ふりがな	たんば たろう		男	生年月日	明治・大正	昭和	平成	令和
	氏 名	丹波 太郎				●年	●月	●日	
	住 所	〒669-3464 丹波市氷上町石生2059-5					電話番号 (0795-88-5750)		
②申請者	☐ 18歳以上の接種を受ける本人 (申請者欄の記入は不要です。) ☒ 上記以外 (申請者欄をご記入ください。)								
	氏 名	丹波 花子 続柄 (妻)			電話番号	同上			
	住 所	〒 同上							
予防接種の種類	☒ 高齢者インフルエンザワクチン ☐ 高齢者肺炎球菌ワクチン ☐ 新型コロナワクチン ☐ 子宮頸がんワクチン ☐ 小児ワクチン ()								
利用制度	☒ 広域的予防接種制度(兵庫県) ※兵庫県内の広域的予防接種実施医療機関に限られる。市内で接種する料金と同額で利用が可能。				☐ 区域外予防接種制度 ※広域的予防接種制度が利用できない医療機関の場合。全額立替払いのうえ、接種後に償還払い申請が必要。				
申請理由	☒ 長期入院、長期入所中のため ☐ 市外親族宅での長期療養中のため ☐ 出産に伴う里帰りのため ☐ かかりつけ医で接種のため ☐ その他 ()								
接種を希望する医療機関	所在地	〒●●●-●●●●● 兵庫県●●市●●町●●							
	医療機関名	兵庫●●病院			電話番号	●●●●●-●●-●●●●●			
書類送付希望先	☐ ①予防接種を受ける方宛て ☒ ②申請者宛て ☐ ③その他：〒								

該当する理由にチェックを入れてください。

郵送申請の際には、申請者の本人確認書類のコピーを必ず同封してください。

- 上記内容について、「予防接種に関する連絡書」または、「区域外予防接種実施依頼書」の発行をもって承認とします。なお、通知までには1～2週間程度要しますのでご了承ください。
- 郵送申請の場合は申請者の本人確認書類のコピーを同封してください。

【市処理欄】					
確 認 事 項		支 所		健 康 課	
☐ 申請者確認 (運転免許証等)		受付日	受付者	広域該当	区域外該当
		／			／