

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			男 ・ 女	生年 月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (満 歳 カ月)	
	氏名						
②申請者	住所	〒 丹波市 電話番号 ()					
	氏名	続柄 ()			電話番号		
予防接種の種類	<input type="checkbox"/> 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。) <input type="checkbox"/> 上記以外 (申請者欄をご記入ください。)						
	<input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザワクチン <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌ワクチン <input type="checkbox"/> 新型コロナワクチン <input type="checkbox"/> 子宮頸がんワクチン <input type="checkbox"/> 小児ワクチン ()						
利用制度	<input type="checkbox"/> 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。			<input type="checkbox"/> 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。			
	<input type="checkbox"/> 長期入院、長期入所中のため <input type="checkbox"/> 市外親族宅での長期療養中のため <input type="checkbox"/> 出産に伴う里帰りのため <input type="checkbox"/> かかりつけ医で接種のため <input type="checkbox"/> その他 ()						
接種を希望する医療機関	所在地	〒					
	医療機関名				電話番号		
書類送付希望先	<input type="checkbox"/> ①予防接種を受ける方宛て <input type="checkbox"/> ②申請者宛て <input type="checkbox"/> ③その他：〒						

● 上記内容について、「予防接種に関する連絡書」または、「区域外予防接種承認通知」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	通知日
		/				/