

令和8年度 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 | 生年月日 | 大正・昭和・平成・令和 | |
| | 氏名 | | | 女 | | 年 月 日 | (満 歳 カ月) |
| | 住所 | 〒 丹波市 | | 電話番号 () | | | |
| ②申請者 | <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。) | | | | | | |
| | 氏名 | | | | 電話番号 | | |
| | 住所 | 〒 | | | | | |
| 予防接種の種類 | <input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザワクチン <input type="checkbox"/> 高用量インフルエンザワクチン (75歳以上の方) <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌ワクチン (接種時に65歳の方) <input type="checkbox"/> RSウイルスワクチン <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルスワクチン <input type="checkbox"/> 子宮頸がんワクチン (回目) <input type="checkbox"/> 小児ワクチン () <input type="checkbox"/> 带状疱疹ワクチン (令和8年度に65・70・75・80・85・90・95・100歳になられる方) | | | | | | |
| 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。 | | | |
| 申請理由 | <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希望された医療機関等の住所宛て <input type="checkbox"/> ④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 | | |
|---|-----|-----|-------|-------|-----|
| <input type="checkbox"/> 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 |
| | / | | | | / |