

記入例

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	たんば たろう		男	生年月日	大正	昭和	平成	令和
	氏名	丹波 太郎		女		●年 ●月 ●日	(満 ●歳 ●ヵ月)		
	住所	〒669-3464 丹波市氷上町石生2059-5				電話番号 ( 0795-88-5754 )			
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 checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 新型コロナワクチン <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"/> 帯状疱疹ワクチン (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 checked="" 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 checked="" 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	〒 ●●●●-●●●● 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	<input type="checkbox"/> ①予防接種を受ける方宛て <input checked="" 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：〒 ( )								

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
	/				/