芦屋市長 宛

予防接種他市依頼書発行申込書

申請者氏名 (続柄)

電話番号 () -

予防接種法等に基づく予防接種について、下記のとおり予防接種を受けたいので承認願います。

接種を受ける人	住所	〒659-00 芦屋市 町 番 号		
	ふりがな		生年 月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生 (満 歳 か月)
	氏名			
受ける予防接種 の種類 (該当するものに ☑をつけてください)	☐ 五種混合	☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目 ☐ 追加		
	☐ 四種混合	☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目 ☐ 追加		
	☐ ヒブ	☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目 ☐ 追加		
	☐ 小児用肺炎球菌	☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目 ☐ 追加		
	☐ B型肝炎	☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目		
	☐ ロタウイルス	☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目		
	☐ BCG			
	☐ 水痘	☐ 1回目 ☐ 2回目		
	☐ 麻しん風しん混合	☐ 第1期 ☐ 第2期		
	☐ 日本脳炎	☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 追加 ☐ 第2期		
	☐ 二種混合			
	☐ 子宮頸がん予防 (HPV)	☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目		
	☐ 高齢者インフルエンザ	※広域・県外のみ		
	☐ 新型コロナウイルス感染症	※広域・県外のみ		
	☐ 高齢者肺炎球菌			
☐ 带状疱疹	☐ 1回目 ☐ 2回目			
☐ 風しん第5期				
接種を希望する 医療機関	病院名			
	所在地			
	電話番号	() -		
市外で予防接種 を希望する理由	☐ かかりつけ医での接種を希望 ☐ 入院中 ☐ 施設入所中 ☐ 長期滞在中 ☐ その他 ()			

※市記入欄

共通事項	☐ 対象年齢	☐ 接種間隔	☐ 発行履歴	☐ 接種歴
6市1町・広域・県外	☐ 医療機関 (病院名:)			☐ (県外扱いのみ) 償還払い案内
FAX送信日	令和 年 月 日 送信者:			
受理方法	☐ 窓口	☐ 郵送	受付	発行 確認
本人/申請者確認書類	本人: ☐ マイナンバーカード ☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ 健康保険証			
	申請者: ☐ マイナンバーカード ☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ 健康保険証			