

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)	<input type="checkbox"/> 五種混合	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加		
	<input type="checkbox"/> ヒブ	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加		
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加		
	<input type="checkbox"/> B型肝炎	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目		
	<input type="checkbox"/> ロタウイルス	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目		
	<input type="checkbox"/> BCG			
	<input type="checkbox"/> 水痘	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目		
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合	<input type="checkbox"/> 第1期 <input type="checkbox"/> 第2期		
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 第2期		
	<input type="checkbox"/> 二種混合			
	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防 (HPV)	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目		
	<input type="checkbox"/> RS ウイルス	出産予定日 (年 月 日)		
	<input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ	※広域・県外のみ		
	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症	※広域・県外のみ		
<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌				
<input type="checkbox"/> 帯状疱疹	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目			
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	<input type="checkbox"/> かかりつけ医での接種を希望 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 施設入所中 <input type="checkbox"/> 長期滞在中 <input type="checkbox"/> 里帰り中 <input type="checkbox"/> その他 ()			

※市記入欄

共通事項	<input type="checkbox"/> 対象年齢	<input type="checkbox"/> 接種間隔	<input type="checkbox"/> 発行履歴	<input type="checkbox"/> 接種歴
6市1町・広域・県外	<input type="checkbox"/> 医療機関 (病院名:)			<input type="checkbox"/> (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	<input type="checkbox"/> 窓口	<input type="checkbox"/> 郵送	受付	発行 確認
本人/申請者確認書類	本人: <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 健康保険証 申請者: <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 健康保険証			