

記載例（高齢者用）

第4号様式（第12条関係）

伊勢原市予防接種区域外接種申請書

令和6年10月 1日

伊勢原市長 殿

申請者住所 伊勢原市田中348

氏名 伊勢原 花子 被接種者との関係（本人）

連絡先 0463-94-4616

次のとおり予防接種を受けたいので、伊勢原市予防接種実施要綱第12条に基づき依頼書の発行について申請します。

被接種者 (予防接種を受ける人)	ふりがな	いせはら はなこ		生年 月日	1948年 8月 8日														
	氏名	伊勢原 花子			(満 76歳 1か月)														
	住所	伊勢原市 田中348																	
申請理由	該当する番号に○を付し、その理由等を詳しく御記入ください。 1 協力外医療機関(施設)に(通院中・入院中・<u>入所中</u>)のため ()内の該当するものに○印をつけてください。 ■ 医療機関(施設)名 介護老人保健施設 伊勢原○ ■ 所在地 神奈川県神奈川市伊勢原町1 受診科名 内科 主治医名 神奈川 ○○ ■ 病名 2 その他 ■ 理由 ■ 接種希望医療機関名 ■ 所在地 ■ 電話番号																		
連絡先 (滞在先)	住所	〒111-1111 神奈川県神奈川市伊勢原町1 介護老人保健施設 伊勢原○																	
	ふりがな	いせはら はなこ		電話番号	080 (0000) 0000														
	氏名	伊勢原 花子																	
滞在期間	令和6年 4月 1日から 年 月 日																		
予防接種の種類	<table><tr><td>ヒブ(1・2・3・追加)</td><td>・ 麻しん風しん混合(1期・2期)</td></tr><tr><td>小児用肺炎球菌(1・2・3・追加)</td><td>・ BCG ・ 水痘(1・2)</td></tr><tr><td>B型肝炎(1・2・3)</td><td>・ 日本脳炎(1・2・追加・2期)</td></tr><tr><td>五種混合(1・2・3・追加)</td><td>・ 二種混合 ・ 子宮頸がん(1・2・3)</td></tr><tr><td>四種混合(1・2・3・追加)</td><td>・ ポリオ(1・2・3・追加)</td></tr><tr><td>三種混合(1・2・3・追加)</td><td>・ 高齢者肺炎球菌</td></tr><tr><td>ロタウイルス(1・2・3※)</td><td>・ <u>高齢者インフルエンザ</u></td></tr></table> ※5価ワクチンのみ3回目を接種					ヒブ(1・2・3・追加)	・ 麻しん風しん混合(1期・2期)	小児用肺炎球菌(1・2・3・追加)	・ BCG ・ 水痘(1・2)	B型肝炎(1・2・3)	・ 日本脳炎(1・2・追加・2期)	五種混合(1・2・3・追加)	・ 二種混合 ・ 子宮頸がん(1・2・3)	四種混合(1・2・3・追加)	・ ポリオ(1・2・3・追加)	三種混合(1・2・3・追加)	・ 高齢者肺炎球菌	ロタウイルス(1・2・3※)	・ <u>高齢者インフルエンザ</u>
ヒブ(1・2・3・追加)	・ 麻しん風しん混合(1期・2期)																		
小児用肺炎球菌(1・2・3・追加)	・ BCG ・ 水痘(1・2)																		
B型肝炎(1・2・3)	・ 日本脳炎(1・2・追加・2期)																		
五種混合(1・2・3・追加)	・ 二種混合 ・ 子宮頸がん(1・2・3)																		
四種混合(1・2・3・追加)	・ ポリオ(1・2・3・追加)																		
三種混合(1・2・3・追加)	・ 高齢者肺炎球菌																		
ロタウイルス(1・2・3※)	・ <u>高齢者インフルエンザ</u>																		