

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7年4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 太一郎 被接種者との関係 (本人)

連絡先 0463-94-4711

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 たいちろう		生年	1960年 5月 1日
	氏名	伊勢原 太一郎		月日	(満 64歳11か月)
	住所	伊勢原市 田中348			
申請理由	<p>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。</p> <p>1 協力外医療機関(施設)に(通院中・入院中・入所中)のため ()内の該当するものに○印をつけてください。</p> <p>■ 医療機関(施設)名 介護老人保健施設 伊勢原○○</p> <p>■ 所在地 神奈川県伊勢原市伊勢原1-2 受診科名 内科 主治医名 神奈川 二郎</p> <p>■ 病名</p> <p>2 その他</p> <p>■ 理由</p> <p>■ 接種希望医療機関名</p> <p>■ 所在地</p> <p>■ 電話番号</p>				
連絡先 (滞在先)	住所	〒259-1131 伊勢原市伊勢原1-2 介護老人保健施設 伊勢原○○			
	ふりがな	いせはら たいちろう		電話番号	080(0000)0000
	氏名	伊勢原 太一郎			
滞在期間	年 月 日から 年 月 日				
予防接種の種類	<p>ヒブ(1・2・3・追加) ・ 麻しん風しん混合(1期・2期)</p> <p>小児用肺炎球菌(1・2・3・追加) ・ BCG ・ 水痘(1・2)</p> <p>B型肝炎(1・2・3) ・ 日本脳炎(1・2・追加・2期)</p> <p>五種混合(1・2・3・追加) ・ 二種混合 ・ 子宮頸がん(1・2・3)</p> <p>四種混合(1・2・3・追加) ・ ポリオ(1・2・3・追加)</p> <p>三種混合(1・2・3・追加) ・ 高齢者インフルエンザ</p> <p>ロタウイルス(1・2・3※) ・ 新型コロナウイルス感染症</p> <p>※5価ワクチンのみ3回目を接種 ・ 高齢者肺炎球菌</p> <p>・ 带状疱疹</p>				