

予防接種依頼書発行申込書

(宛先) 川崎市長

年 月 日

申請者 (申込書を記載する方)	フリガナ		
	氏 名		
	住 所		
	電話番号		
	申請者様の身分証の 写しを添付してくだ さい	予防接種を受け る者との続柄	※同居の親族以外の場合は、委任状も必要です。

次のとおり、予防接種依頼書の発行を申込みます。

予防接種を受ける者 (被接種者)	フリガナ			
	氏 名			
	生年月日	年 月 日		
	住 所	※申請者と異なる場合のみ記入		
	保 護 者 名	※申請者と異なる場合のみ記入		
予防接種の種類	・ 5 種混合又は 4 種混合 ((ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ) +Hib) 1 期 (1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目 ・ 4 回目) ・ 小児の肺炎球菌感染症 (1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目 ・ 4 回目) ・ ロタウイルス感染症 (1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目) ・ B 型肝炎 (1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目) ・ H i b 感染症 (1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目 ・ 4 回目) ・ 不活化ポリオ 1 期 (1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目 ・ 4 回目) ・ B C G (1 回目) ・ 麻しん・風しん (1 期 ・ 2 期) ・ 水痘 (水ぼうそう) (1 回目 ・ 2 回目) ・ 日本脳炎 1 期 (1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目) ・ 2 期 ・ ジフテリア・破傷風 2 期 ・ ヒトパピローマウイルス感染症 (1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目) ・ 高齢者インフルエンザ (令和 年度接種分) ・ 高齢者の新型コロナウイルス感染症 (令和 年度接種分) ・ 高齢者の肺炎球菌感染症 ・ 高齢者の带状疱疹 ※発行を希望するもの全て (原則として6か月以内に接種 予定のもの)にマルをつけてく ださい。 <u>母子手帳の表紙の ページと 予防接種の記録の ページの写し (白紙 含む)</u> を添付してください			
送付希望先	住 所	〒 () 方書 () 様方		
予防接種を受ける 市区町村名	[] 市・区・町・村	依頼書の宛て名 (どちらかに○)	1. 市区町村長宛て 2. 医療機関宛て	

※「依頼書の宛名」欄は必ず事前に接種を受ける市区町村へ確認してから記載してください。記載が無い場合には送付希望先の市区町村長宛ての依頼書を作成します。

予防接種費用の払い戻しについて
申込みから約2週間後までに送付希望先へ「予防接種依頼書」と併せて「予防接種費用償還払い申請書」をお送りいたします。
予防接種費用の償還払い (払い戻し) を受けるためには、別途手続きが必要になります。予防接種の費用については、医療機関へお支払いください。
(払い戻しの申請期限は接種日から1年以内となりますので御注意ください。)

以下は記載しないでください

【川崎市処理欄】		受付印
確認欄	☐ 申請者確認書類 (運転免許証・健康保険証・他) ☐ 母子健康手帳	
システム処理日	年 月 日	