

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	<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○ ■ 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</p> <p>2 その他 ■理由 ■接種希望医療機関名 ■所在地 ■電話番号</p>				
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	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※) ・ 高齢者インフルエンザ ※5価ワクチンのみ3回目を接種				