

市外での予防接種実施申請書

予防接種の実施期間中に姫路市外に滞在しているため、姫路市の行う予接種を受けることができません。つきましては、下記滞在先において定期予防接種が受けられるよう、予防接種実施依頼書の発行を申請します。

| | | | |
|---|-------------------------|---|--|
| 1 | ふりがな 被接種者氏名 | 生年月日（M・T・S 年 月 日生） 注1 60から64歳の方は別途対象であることを証明する書類添付が必要 | |
| 2 | 住 所 | 〒 - (☎ - -) | |
| 3 | 予防接種の種類 希望するものに☑を付ける | <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌予防接種 <input type="checkbox"/> 帯状疱疹予防接種 <input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ予防接種 <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症予防接種 | |
| 4 | 予防接種の接種予定日 | 令和 年 月 日頃 予防接種実施依頼書には、有効期限があります。 おおよその予定日をご記入ください。 | |
| 5 | 予防接種の接種予定場所 | 医療機関名 | |
| | | 住 所 | |
| 6 | 滞在の理由 (他市での接種希望理由) | | |
| 7 | 書類の送付希望先 | 〒 - 様 方 (☎ - -) | |
| 8 | 確認事項 確認して☑を付ける | <input type="checkbox"/> 接種費用が自己負担となることを理解した。 | |

注1 「①身体障害者手帳1級」または「②医師の診断書」(①, ②共通で次の状態であることが確認できること。)

心臓、じん臓若しくは呼吸器の機能に日常生活活動が極度に制限される程度の障害がある方、およびヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害が有る方

ただし、帯状疱疹予防接種はヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害が有る方

年 月 日

(あて先) 姫路市長

申請者氏名 _____ (続柄 _____)

※ 接種を受ける自治体によっては、接種費用が公費負担される場合がありますので、接種を受けようとする自治体の予防接種担当部署にご確認ください。