

山形市外（県内）医療機関・山形大学医学部附属病院用 予防接種券交付申請書

（宛先）山形市長

（申請者）	住 所	〒 ー		
	フリガナ			
	氏 名	(被接種者との関係) :		
	電話番号	ー ー		

山形市外（県内）医療機関または山形大学医学部附属病院で予防接種を受けたいので、予防接種券の交付について、下記のとおり申請します。

なお、予防接種券の交付にあたり、住民基本台帳について調査することに同意します。

記

被 接 種 者 (予防接種を受ける者)	フリガナ 氏 名				
	生年月日	年	月	日	性別 男・女
保 護 者 等 氏 名	被接種者との関係 ()				
山形市住所・電話番号	〒	電話番号 ー ー			
滞在先住所・電話番号 (滞在先がある方のみ)	〒	様方	電話番号	ー	ー
市外（県内）等で接種を予定 している予防接種の種類 (接種種類と回数に○)	1 B型肝炎	1回目・2回目・3回目			
	2 ヒブ	初回（1回目・2回目・3回目）、追加			
	3 ロタ ロタリックス(1価)	1回目・2回目			
	4 ロタ ロタテック(5価)	1回目・2回目・3回目			
	5 小児用肺炎球菌(15価、20価)	初回（1回目・2回目・3回目）、追加			
	6 四種混合	1期初回（1回目・2回目・3回目）、追加			
	7 五種混合	1期初回（1回目・2回目・3回目）、追加			
	8 単独不活化ポリオ	1期初回（1回目・2回目・3回目）、追加			
	9 BCG				
	10 麻しん風しん混合(MR)	1期、2期			
	11 水痘	1回目・2回目			
	12 日本脳炎	1期初回（1回目・2回目）、追加、2期			
	13 二種混合	2期			
	14 子宮頸がん(HPV)	1回目・2回目・3回目(2価・4価・9価)			
	15 () ()	()			
	市 外 （ 県 内 ） 等 で 接 種 す る 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日			
接種する医療機関名 及 び 所 在 地	(市・町・村)				

※裏面の注意書をお読みのうえ、御記入ください。

※医療機関（市町村）によっては自己負担額が生じる場合があります。

山形市外（県内）医療機関・山形大学医学部附属病院用予防接種券交付申請書について

申請書に必要事項を記入の上、提出(送付)してください。

- 1 申請者と保護者等氏名欄は、ご両親どちらかを記入してください。
ただし、住所地以外に滞在中の方は、滞在先におられる方の氏名を記入してください。
- 2 申請者の電話番号につきましては、滞在先において日中連絡の取れる方の電話番号（携帯電話可）を記入してください。
- 3 予防接種券の有効期限は当該年度の末日（3月31日まで）となります。
- 4 予防接種券の送付については、受理日より約1週間程度かかりますのでご了承ください。
- 5 母子健康手帳の写しを添付してください。
 - ① 1 ページ目（出生届出済証明があるページ）
 - ② 予防接種の記録（複数ページ全て）
- 6 提出(送付)先及びお問い合わせ先 山形市母子保健課 給付支援係（山形市保健所内）
〒990-8580 山形市城南町1-1-1 霞城セントラル3階
- 7 お問い合わせ先
電話：023-616-7037（直通） FAX：023-647-2281
開庁時間：午前8時30分～午後5時15分
閉庁日：月曜・祝日・年末年始
(日曜、月曜が祝日の場合は、火曜日も閉庁。※閉庁日はこれによらない場合があります)