

予防接種実施依頼書の申請をする方へ

1. 里帰りなどの理由で、県外の医療機関での予防接種を希望する場合は、下記の点について滞在している市区町村にご確認ください。

①上郡町民であるが、希望する医療機関で接種できるかどうか

②依頼書の宛名は、当該市区町村長か接種医療機関の院長か

③依頼書の提出先は、当該市区町村の担当部署か接種医療機関か

④依頼書の郵送先は、どこか

⑤接種を希望する医療機関がある市区町村で、定期予防接種の費用助成をしてもらえるかどうか

- 基本的には、町外および県外の医療機関での接種は、全額自己負担となりますが、依頼書があることで、接種する医療機関がある市区町村が負担して下さる場合があります。
- 全額自己負担した場合は、手続きによって接種費用の払い戻しをします。
※事前に依頼書申請を行った場合に限りです。依頼書を発行せず接種を行った場合は、払い戻しができません。払い戻しの金額には上限があります。

2. 申請書を記入し、親子(母子)健康手帳の予防接種記録のページのコピーを添えて、提出してください。(接種状況を確認しますので、白紙のページもすべてコピーしてください)

3. 後日、ご指定の送付先に依頼書を郵送します。

《提出・問い合わせ先》

〒678-1231

赤穂郡上郡町上郡500-1

上郡町保健センター

TEL:0791-52-2188

予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

上郡町長 あて

申請者

住 所 赤穂郡上郡町

氏 名

電話番号 () -

下記のとおり予防接種を受けたいので、予防接種実施依頼書の発行をお願いします。なお、接種を希望する市区町村の了解を得ています。

被接種者	フリガナ		性別	男・女
	氏 名			
	生年月日	年 月 日 (歳 か月)		
	住 所	赤穂郡上郡町 電話番号 () -		
保護者氏名		続柄	父・母・その他 ()	
予防接種名	<p>*<input type="checkbox"/>にチェックしてください</p> <p><input type="checkbox"/>B型肝炎 : <input type="checkbox"/>1回目 <input type="checkbox"/>2回目 <input type="checkbox"/>3回目</p> <p><input type="checkbox"/>ヒブ感染症 : 初回 (<input type="checkbox"/>1回目 <input type="checkbox"/>2回目 <input type="checkbox"/>3回目) <input type="checkbox"/>追加</p> <p><input type="checkbox"/>小児の肺炎球菌感染症: 初回 (<input type="checkbox"/>1回目 <input type="checkbox"/>2回目 <input type="checkbox"/>3回目) <input type="checkbox"/>追加</p> <p><input type="checkbox"/>四種混合 : 1期初回 (<input type="checkbox"/>1回目 <input type="checkbox"/>2回目 <input type="checkbox"/>3回目) <input type="checkbox"/>1期追加</p> <p><input type="checkbox"/>BCG</p> <p><input type="checkbox"/>麻しん風しん混合 : <input type="checkbox"/>1期 <input type="checkbox"/>2期</p> <p><input type="checkbox"/>水痘 : <input type="checkbox"/>1回目 <input type="checkbox"/>2回目</p> <p><input type="checkbox"/>日本脳炎 : 1期初回 (<input type="checkbox"/>1回目 <input type="checkbox"/>2回目) <input type="checkbox"/>1期追加 <input type="checkbox"/>2期</p> <p><input type="checkbox"/>二種混合 : <input type="checkbox"/>2期</p> <p><input type="checkbox"/>ヒトパピローマウイルス感染症: <input type="checkbox"/>1回目 <input type="checkbox"/>2回目 <input type="checkbox"/>3回目</p> <p><input type="checkbox"/>不活化ポリオ : 初回 (<input type="checkbox"/>1回目 <input type="checkbox"/>2回目 <input type="checkbox"/>3回目) <input type="checkbox"/>追加</p>			
申請理由	<input type="checkbox"/> 長期滞在 (里帰りなど) <input type="checkbox"/> その他 ()			
接種費用	<input type="checkbox"/> 無料 <input type="checkbox"/> 全額自己負担 (手続きにより予防接種費用の助成を行います)			
接種実施機関	市 町 名 (保健所名)	電話番号 () -		
	医療機関名			
依頼書の宛名	<input type="checkbox"/> 市区町村長宛 <input type="checkbox"/> 病院長宛			
依頼書の送付先	<input type="checkbox"/> 申請者の住所 (以下記載不要) <input type="checkbox"/> その他 (以下記載)			
	住所: (〒 -)	宛名: (様方)		
滞在先の 連絡先	住所: (〒 -)	様方 電話番号 () -		

記載例

予防接種実施依頼書交付申請書

平成31年 4月 2日

上郡町長 あて

申請者

住 所 赤穂郡上郡町上郡500-1

氏 名 上郡 太郎

電話番号 (0791) 52 - 2188

下記のとおり予防接種を受けたいので、予防接種実施依頼書の発行をお願いします。なお、接種を希望する市区町村の了解を得ています。

被接種者	フリガナ	カミゴオリ エンシン		性別	Ⓐ・女
	氏 名	上郡 円心			
	生年月日	H31年 2月 10日 (歳 1か月)			
	住 所	赤穂郡上郡町上郡500-1 電話番号 (0791) 52 - 2188			
保護者氏名	上郡 太郎	続柄	Ⓐ・母・その他 ()		
予防接種名	*□にチェックしてください <input checked="" type="checkbox"/> B型肝炎 : <input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input checked="" type="checkbox"/> ヒブ感染症 : 初回 (<input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目) <input type="checkbox"/> 追加 <input checked="" type="checkbox"/> 小児肺炎球菌感染症: 初回 (<input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目) <input type="checkbox"/> 追加 <input checked="" type="checkbox"/> 四種混合 : 1期初回 (<input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目) <input type="checkbox"/> 1期追加 <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合 : <input type="checkbox"/> 1期 <input type="checkbox"/> 2期 <input type="checkbox"/> 水痘 : <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 日本脳炎 : 1期初回 (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目) <input type="checkbox"/> 1期追加 <input type="checkbox"/> 2期 <input type="checkbox"/> 二種混合 : <input type="checkbox"/> 2期 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防 : <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 不活化ポリオ : 初回 (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目) <input type="checkbox"/> 追加				
申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> 長期滞在 (里帰りなど) <input type="checkbox"/> その他 ()				
接種費用	<input type="checkbox"/> 無料 <input checked="" type="checkbox"/> 全額自己負担 (手続きにより予防接種費用の助成を行います)				
接種実施機関	市 町 名 (保健所名)	〇〇県〇〇市 〇〇保健所 電話番号 (〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇			
	医療機関名	〇〇病院			
依頼書の宛名	<input checked="" type="checkbox"/> 市区町村長宛 <input type="checkbox"/> 病院長宛				
依頼書の送付先	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者の住所 (以下記載不要) <input type="checkbox"/> その他 (以下記載)				
	住所: (〒 -) 宛名: ()				
滞在先の連絡先	住所: (〒〇〇〇-〇〇〇〇) 〇〇県〇〇市〇〇2-2 〇〇〇〇 様方	電話番号 (〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇			

町外で接種することが決まっている
予防接種のみ申請して下さい

日中連絡がとれる電話番号
を記入してください