

予防接種実施依頼書の申請をする方へ

1. 里帰りや入所中などの理由で、県外の医療機関での予防接種を希望する場合は、下記の点についてご確認ください

【滞在している市区町村に確認すること】

- ①上郡町民であるが、依頼書があれば予防接種を受けられるか
- ②依頼する相手は、市区町村長か接種医療機関長か
- ③依頼書の提出先は、市区町村の担当部署か医療機関か
- ④滞在先の市区町村で、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くだ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、払い戻しの金額には上限があります。

【接種を希望する医療機関に確認すること】

- ①上郡町民であるが、依頼書があれば予防接種を受けられるか
- ②ロタウイルスおよび、带状疱疹予防接種の申請をされる場合は、どのワクチンを接種するか、希望するワクチンの取扱いがあるか
- ③全額自己負担の場合の接種費用（予防接種の料金は、医療機関により異なります）

2. 申請書を記入し、上郡町役場 健康福祉課健康係に提出してください。

※接種を受ける方がお子さんの場合、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≫

〒678-1292

赤穂郡上郡町大持 278 番地

上郡町役場 健康福祉課健康係

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 _____

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	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		性別	男・女
	生年月日	年 月 日 (歳 か月)			
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	赤穂郡上郡町		
保護者氏名	<small>※被接種者が子どもの場合のみ</small>			続柄	父・母・その他 ()
予 防 接 種 名 <small>※交付するものに ✓をつけてください</small>	ロタウイルス感染症	<input type="checkbox"/> 1価 <input type="checkbox"/> 5価 (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目)			
	B型肝炎	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目			
	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			
	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			
	五種混合	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			
	BCG	<input type="checkbox"/> 1回目			
	麻しん風しん混合	<input type="checkbox"/> 1期 <input type="checkbox"/> 2期			
	水痘	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目			
	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			
	二種混合	<input type="checkbox"/> 2期			
	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			
	RSウイルス感染症	<input type="checkbox"/> 1回目			
	<input type="checkbox"/> 高齢者の肺炎球菌感染症	<small>※該当の方は✓をつけてください</small> <input type="checkbox"/> 障害者 (<input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 腎臓) (<input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> ヒト免疫不全ウイルス) <input type="checkbox"/> 生活保護受給者			
	<input type="checkbox"/> 帯状疱疹 <input type="checkbox"/> 生ワクチン (1回) <input type="checkbox"/> 組換えワクチン (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目)				
<input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ					
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症					
申請理由	<input type="checkbox"/> 里帰り中 <input type="checkbox"/> 入所中 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> その他 ()				
依頼書の宛名	<input type="checkbox"/> 市区町村長 宛 (市・区・町) <input type="checkbox"/> 病院長 宛				
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	医療機関名				
	住 所	(〒 -) 電話番号 () -			
滞 在 先	(〒 -) 住所： (様方) 電話番号 () -				
依頼書の送付先	<input type="checkbox"/> 現住所 <input type="checkbox"/> 滞在先住所 <input type="checkbox"/> その他 (〒 -)				