

予防接種実施依頼申請書

平成 年 月 日

予防接種を受ける医療機関が所在する市町村で他市民の費用助成があるか、
 まずはその市町村へ問い合わせてください。
 費用助成がある場合は、依頼先の欄に市町村名のみ記入してください。

より、実施依頼書の交付

依頼先(市町村名)	× 医院 (× 市 ~ 医療機関の所在地を記入ください)	
被接種者 (接種を受ける人)	フリガナ	オオサカサヤマ タロウ
	氏名	大阪狭山 太郎 (男・女)
	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (歳 か月)
	住所	大阪狭山市 岩室 1 丁目 97 番地の 3
	電話番号	072-367-1300
	滞在先居住地	〒 × - × 県 市 1-2-3 様方
保護者氏名 (高齢者の場合は不要)	大阪狭山 花子	被接種者との続柄 (父・母・) 日中に連絡のつく電話番号 012-345-6789
申請者氏名 (保護者と同じ又は施設の場合は不要)		被接種者との続柄 () 日中に連絡のつく電話番号
予防接種名 (希望するものをつけてください)	ヒブ	[1 期初回 1 回目・2 回目・3 回目、1 期追加]
	小児用肺炎球菌	[1 期初回 1 回目・2 回目・3 回目、1 期追加]
	4 種混合(ジフテリア・百日咳・破傷風・不活化ポリオ)	[1 期初回 1 回目・2 回目・3 回目、1 期追加]
	3 種混合(ジフテリア・百日咳・破傷風)	[1 期初回 1 回目・2 回目・3 回目、1 期追加]
	不活化ポリオ	[1 期初回 1 回目・2 回目・3 回目、1 期追加]
	BCG	
	麻しん風しん(MR)混合	[1 期・2 期]
	水痘	[1 回目・2 回目]
	日本脳炎	[1 期初回 1 回目・2 回目、1 期追加、2 期]
	2 種混合(ジフテリア・破傷風)	[2 期]
子宮頸がん予防(HPV)	[1 回目・2 回目・3 回目]	
インフルエンザ(高齢者のみ)	年度内に 1 回限り	
肺炎球菌(高齢者のみ)	生涯に 1 回限り	
理由 (できるだけ詳しく)	・かかりつけ医のため (疾患名)	()
	・入院・入所中のため (施設名)	()
	・保護者が里帰り出産のため	()
	・その他の理由 ()	()
依頼書の送付先	・被接種者の住所 ・滞在先居住地 ・その他(〒)	

<必ずお読みください>

実施依頼書は、予防接種を受けたことにより、万一健康被害などが発生した場合、予防接種法に基づく救済を行うための書類です。
 他市町村で接種する場合は、全額自己負担となる場合があります。その場合には、償還払い制度があります。
 申請される前には、接種を希望される医療機関がある市町村の予防接種担当課に接種費用、必要書類などを必ずご確認ください。

予防接種実施依頼申請書

予防接種を受ける医療機関が所在する市町村で他市民の費用助成があるか、
 まずはその市町村へ問い合わせてください。
 費用助成がある場合は、依頼先の欄に市町村名のみ記入してください。

平成 年 月 日

より、実施依頼書の交付

依頼先(市町村名)	× 医院(× 市 ~ 医療機関・施設(内設の診療所で実施の場合) の所在地を記入ください)	
被接種者 (接種を受ける人)	フリガナ	オオサカサヤマ タロウ
	氏名	大阪狭山 太郎 (男・女)
	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (歳 か月)
	住所	大阪狭山市 岩室 1 丁目 97 番地の 3
	電話番号	072-367-1300
	滞在先居住地	〒 × - × 県 市 1-2-3 様方
保護者氏名 (高齢者の場合は不要)	日中に連絡のつく電話番号 被接種者との続柄 (父・母・)	
申請者氏名 (保護者と同じ又は施設の場合は不要)	日中に連絡のつく電話番号 被接種者との続柄 ()	
予防接種名 (希望するものにつけてください)	ヒブ	[1 期初回 1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目 、 1 期追加]
	小児用肺炎球菌	[1 期初回 1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目 、 1 期追加]
	4 種混合(ジフテリア・百日咳・破傷風・不活化ポリオ)	[1 期初回 1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目 、 1 期追加]
	3 種混合(ジフテリア・百日咳・破傷風)	[1 期初回 1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目 、 1 期追加]
	不活化ポリオ	[1 期初回 1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目 、 1 期追加]
	B C G	
	麻しん風しん(MR)混合	[1 期 ・ 2 期]
	水痘	[1 回目 ・ 2 回目]
	日本脳炎	[1 期初回 1 回目 ・ 2 回目 、 1 期追加 、 2 期]
	2 種混合(ジフテリア・破傷風)	[2 期]
子宮頸がん予防(HPV)	[1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目]	
インフルエンザ(高齢者のみ)	年度内に 1 回限り	
肺炎球菌(高齢者のみ)	生涯に 1 回限り	
理由 (できるだけ詳しく)	・ かかりつけ医のため (疾患名)	
	・ 入院・入所中のため (施設名・住所 大阪狭山 庄 〒 × - × 県 市 1-2-3)	
	・ 保護者が里帰り出産のため	
	・ その他の理由 ()	
依頼書の送付先	・ 被接種者の住所 ・ 滞在先居住地 ・ その他(〒)	

< 必ずお読みください >

実施依頼書は、予防接種を受けたことにより、万一健康被害などが発生した場合、予防接種法に基づく救済を行うための書類です。
 他市町村で接種する場合は、全額自己負担となる場合があります。その場合には、償還払い制度があります。
 申請される前には、接種を希望される医療機関がある市町村の予防接種担当課に接種費用、必要書類などを必ずご確認ください