

契約外医療機関等での予防接種申請書

令和 年 月 日

銚田市長 岸田 一夫 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号
被接種者との続柄 ()

銚田市が予防接種法に基づき実施する予防接種を、次の理由により市の委託契約医療機関等以外で接種したく、下記のとおり申請いたします。

なお、市が必要と認める場合、市内の関係課及び滞在先市区町村と情報を共有することに同意します。

(接種を受ける方)	住 所	銚田市		
	フリガナ氏名	男 ・ 女		
	生年月日	大正・昭和・平成・令和	年 月 日生	(満 歳 カ月)
(未成年の被接種者が保護者の場合記入)	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ (異なる場合)		
	氏 名	電話番号		
接種を希望する 予防接種の種類 及び回数 (申請から3か月以内に接種予定のものに○をつけてください)	B型肝炎：	1回	/	2回 / 3回
	ヒブ：	初回 (1回 / 2回 / 3回) / 追加		
	小児用肺炎球菌：	初回 (1回 / 2回 / 3回) / 追加		
	四種混合：	初回 (1回 / 2回 / 3回) / 追加		
	BCG			
	麻しん風しん混合 (MR)：	1期	/	2期
	水痘 (水ぼうそう)：	1回	/	2回
	不活化ポリオ：	初回 (1回 / 2回 / 3回) / 追加		
	日本脳炎：	I期 (1回 / 2回 / 3回) / II期		
	二種混合：	1回		
	子宮頸がん：	1回目 / 2回目 / 3回目		
	季節性インフルエンザ (高齢者) ・ 高齢者用肺炎球菌ワクチン (23価)			
ロタウイルス：	1回	/	2回 / 3回	
接種希望医療機関等名 (市町村名・医療機関名)				
申 請 理 由	① 医療機関に入院又は通院しており、入院又は通院している医療機関において予防接種を受けることを主治医が判断したため			
	② 施設に入所しているため			
	③ 母親の里帰り出産 (出産後3か月まで)、両親の離婚調停中などの理由で、一時的に県外に居住しているため			
	④ その他 ()			
滞 在 地 住 所 (連 絡 先)	〒 - - 日中連絡のとれる電話番号 (- -)			
滞 在 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日			

*母子健康手帳の写し等、接種履歴の確認出来る書類を添えて申請願います。(B類疾病をのぞく)
 *申請理由が確認出来る書類等があれば、添付をお願いします。(添付が無い場合でも、提出を求める場合があります)
 *この申請は、予防接種の接種前のみ有効です。接種後の申請はできません。
 *申請の理由によっては、接種を希望する医療機関等の同意のもと、期間限定の予防接種業務委託契約を行います。承諾の同意が得られない場合は、「予防接種実施依頼書」を発行します。

銚 健 第 号
令 和 年 月 日

様

銚 田 市 長 岸 田 一 夫

予 防 接 種 実 施 依 頼 書

銚田市に住民登録をしている下記の者が、貴院（貴市区町村）での予防接種を希望しております。つきましては、ご多忙のところ恐縮ですが、よろしくご協力願います。

なお、本件に起因する健康被害が発生したときは、予防接種法第 11 条第 1 項の規定に基づき本市が救済措置を行います。

記

被 接 種 者 (接種を受ける者)	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生
	電話番号	
保護者氏名 ※ B 類定期接種の場合は空欄		
滞在先住所		
希望する 医療機関名		
希望する 予防接種		
備 考		

* この依頼書の有効期限は、交付の日（発行日）から 3 か月以内です。

* 予防接種に関する費用負担は原則、個人負担となります。

* 接種後は、予診票を以て報告願います。

予防接種費用助成（償還払）申請書兼請求書

銚田市長 岸 田 一 夫 様

申請（請求）日	年 月 日
申請（請求）者	⑩ (被接種者との続柄)
住 所	
電 話 番 号	

予防接種依頼書により接種した下記予防接種費用の償還払について、関係書類を添付して申請及び請求いたします。

被 接 種 者 <small>(予防接種を受けた者)</small>	住 所				
	氏 名				
	生年月日	T・S・H・R	年	月	日 (年齢 歳)
接種を受けた医療機関等名					
予防接種の内容	予防接種名	回数	接種日	接種費用	助成額
申請（請求）額	(接種費用と市が定める助成上限額のいずれか低い金額) 円				
振 込 先	金融機関名	信用金庫 銀行・組合			店 出張所
	種別・番号	普通・当座			
	フリガナ				
	口座名義人				

添付書類

- ① 予防接種を受けた医療機関等の領収書の原本
- ② 予診票及び予防接種の記録が記載されている書類等（母子健康手帳の写し、予防接種済証の写し等）
- ③ 振込先の確認が出来る書類（通帳の番号等がわかるページの写し等）
- ④ その他市長が必要と認める書類

銚 健 第 号
年 月 日

様

銚田市長 岸 田 一 夫

銚田市予防接種費用助成（償還払）不交付決定通知書

年 月 日付で申請のあった予防接種費用の助成（償還払）について、審査の結果不交付と決定しましたので通知します。

記

不交付決定理由