予防接種依頼申請書

・ 予防接種依頼により市外医療機関での予防接種後、予防接種健康被害が発生した場合は予防接種法に基づき石垣市が救済を行います。
・ 市外医療機関での接種料金等は接種者の一旦全額負担となりますが、後日、助成金申請・請求することができます。ただし、接種後6か月以内となりますのでご注意ください。

上記のことについて、説明を受け理解した上、記入情報を依頼先の市町村及び医療機関へ提出することに同意し申請します。

申請年月日:令和　　年　　月　　日

保護者または接種者氏名

依頼する 予防接種名と回数	☐ B型肝炎　1・2・3 回目 ☐ ロタ　1・2・3 回目 ☐ 小児肺炎　1・2・3・4 回目 ☐ 5種混合　1・2・3・4 回目 ☐ 4種混合　1・2・3・4 回目 ☐ 2種混合(DT)　1 回目 ☐ BCG(結核)　1 回目	☐ MR(麻しん風しん)混合　1期・2期 ☐ 水痘　1・2 回目 ☐ 日本脳炎　1・2・3・4 回目 ☐ HPV(子宮頸がん)　1・2・3 回目 ☐ RSウイルス感染症　1 回目 ☐　回目 ☐　回目
依頼理由	1. 里帰り出産滞在のため　2. その他(　　)	
接種者の名前 生年月日	フリガナ 氏　名	令和・西暦 年　月　日
接種者住所	〒907－ 沖縄県石垣市	
保護者氏名 または 接種者	フリガナ 氏　名 自宅電話:　携帯電話:	
滞在先住所	〒 住　所: 世帯主名:　電話番号:	
滞在予定期間	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日	
申請に来た人 (申請者)	☐ 保護者 (続柄:　)　☐ 接種者 本人(RSウイルス感染症場合) ☐ 代理人・氏名:　電話: 住所:石垣市	
接種予定医療機関名		
住　所	〒	
医療機関電話番号		
備　考		

石垣市健康福祉センター