

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 8年 〇〇月 〇〇日

保護者または接種者氏名

依頼する 予防接種名と回数	<input checked="" type="checkbox"/> B型肝炎 ①・②・③回目 <input checked="" type="checkbox"/> ロタ ①・②・③回目 <input checked="" type="checkbox"/> 小児肺炎 ①・②・③・4回目 <input checked="" type="checkbox"/> 5種混合 ①・②・③・4回目 <input type="checkbox"/> 4種混合 1・2・3・4回目 <input type="checkbox"/> 2種混合(DT) 1回目 <input type="checkbox"/> BCG(結核) 1回目	<input type="checkbox"/> MR(麻しん風しん)混合 1期・2期 <input type="checkbox"/> 水痘 1・2回目 <input type="checkbox"/> 日本脳炎 1・2・3・4回目 <input type="checkbox"/> HPV(子宮頸がん) 1・2・3回目 <input type="checkbox"/> RSウイルス感染症 1回目 <input type="checkbox"/> _____ 回目 <input type="checkbox"/> _____ 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 <u>イシガキ ケント</u> 氏名 <u>石垣 健人</u>	令和 <u>西暦</u> <u>2026</u> 年 <u>3</u> 月 <u>3</u> 日
接種者住所	〒907-〇〇〇〇 沖縄県石垣市 <u>字石垣〇〇〇〇番地 〇〇マンション105</u>	
保護者氏名 または 接種者	フリガナ <u>イシガキ ヤエコ</u> 氏名 <u>石垣 八重子</u> ----- 自宅電話: <u>0980-〇〇-〇〇〇〇</u> 携帯電話: <u>090-〇〇〇〇-〇〇〇〇</u>	
滞在先住所	〒 <u>902-0075</u> 住 所: <u>沖縄県那覇市〇〇123番地 メゾン〇〇〇506</u> ----- 世帯主名: <u>098-000-0000</u> 電話番号: <u>090-0000-0000</u>	
滞在予定期間	令和 <u>8</u> 年 <u>1</u> 月 <u>1</u> 日 ~ 令和 <u>8</u> 年 <u>8</u> 月 <u>31</u> 日	
申請に来た人 (申請者)	<input checked="" type="checkbox"/> 保護者(続柄: <u>父</u>) <u>石垣 康夫</u> ----- <input type="checkbox"/> 保護者代理人・氏名: _____ 電話: _____ 住所: <u>石垣市</u>	
接種予定医療機関名	<u>〇〇〇〇〇〇〇〇病院</u>	
住 所	〒 <u>〇〇〇-〇〇〇〇</u> <u>〇〇〇県〇〇〇市〇〇〇番地</u>	
医療機関電話番号	<u>〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇</u>	
備 考		