

定期予防接種実施依頼書交付申請書

令和 年 月 日

① 被接種者氏名	ふりがな			性別	男 ・ 女		
② 生 年 月 日							
③ 住 所	東京都新島村						
④ 申 請 者 氏 名	父	母	申請者				
⑤ 連絡先電話番号	父・母・本人・申請者						
⑥ 申 請 理 由	<input type="checkbox"/> 里帰り中 <input type="checkbox"/> 通院・入院・入所 <input type="checkbox"/> その他						
⑦ 滞 在 先	(担当者)						
[ 実家・居所 医療機関・施設等 ]	名称						様方
	住所						
	滞在予定期間	年	月頃まで	電話			
⑧ 希望する定期予防接種を○で囲んでください							
ワクチンの種類	接種回			ワクチンの種類	接種回		
ロタ1価 (ロタリックス)	1回目	2回目		麻しん風しん	1回目	2回目	
ロタ5価 (ロタテック)	1回目	2回目	3回目	水痘	1回目	2回目	
B型肝炎	1回目	2回目	3回目	日本脳炎	1回目	2回目	3回目 4回目
Hib感染症	1回目	2回目	3回目	HPV (2価・4価・9価)	1回目	2回目	3回目
小児肺炎球菌	1回目	2回目	3回目	65歳以上の方			
四種混合DPT-IPV	1回目	2回目	3回目	高齢者肺炎球菌ワクチン	1回目		
ジフテリア・破傷風DT	1回目			インフルエンザワクチン	1回目		
BCG	1回目			新型コロナワクチン	1回目		
⑨ 接種先医療機関	接種予定日 令和 年 月 日						
	名称						電話番号
	住所						
⑩ 依頼書送付先	<input type="checkbox"/> ③村内住所地 <input type="checkbox"/> ⑦滞在先 <input type="checkbox"/> その他 ( )						

※ 保護者の皆さんへ

- ・ ワクチン接種医療機関に接種予約が取れましたら、こちらをさわやか健康センターにご提出ください。依頼文書を作成し、小児の場合、保護者様の滞在先住所に郵送いたします。
- ・ 接種当日は、新島村からの依頼文書、予診票、母子健康手帳を持参してください。
- ・ 接種費用は、全額自費にてお支払いいただき、さわやか健康センターで償還払いの申請を行ってください。
- ・ 接種費用の償還払いの申請には、新島村定期予防接種料助成金支給申請書・請求書の記入、領収証（金額のみの場合は、ワクチン名が記入してある明細書）、予診票のコピー、母子健康手帳予防接種の項のコピー、振込希望の方は通帳のコピーが必要です。  
\* 接種後は、当該医療機関から必ず予診票のコピーをお受け取りください。  
\* 申請書は、窓口に準備してあります。ご連絡いただければ、郵送いたします。

ご不明な点は、下記までお問い合わせください。

問い合わせ

新島村さわやか健康センター 04992-5-1856