

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	ふりがな 父			ふりがな 母			ふりがな 申請者		
⑤ 連絡先電話番号	父・母・本人・申請者								
⑥ 申 請 理 由	☐ 里帰り中 ☐ 通院・入院・入所 ☐ その他								
⑦ 滞 在 先 〔 実家・居所 医療機関・施設等 〕	(担当者) 名称 住所 滞在予定期間 年 月頃まで 電話 様方								
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	4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	4回目	65歳以上の方				
五種混合DPT-IPV－Hib	1回目	2回目	3回目	4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	/	/	/
					带状疱疹ワクチン	1回目	2回目	/	/
⑨ 接種先医療機関	接種予定日 令和 年 月 日								
	名称 住所 電話番号								
⑩ 依 頼 書 送 付 先	☐ ③村内住所地 ☐ ⑦滞在先 ☐ その他（ ）								

留意事項

- ・ 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（小児の場合）をご持参ください。
- ・ 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、通帳又はキャッシュカードのコピー、母子健康手帳予防接種の項のコピー（小児の場合）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。

ご不明な点はお問い合わせください。

問い合わせ先

新島村さわやか健康センター 04992-5-1856