

予防接種依頼書交付申請書(償還払)

令和 年 月 日

つくば市長 宛て

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ		被接種者との続柄	本人・母・父・配偶者・子 その他()
	申請者氏名			
	申請者住所	〒		
	電話番号			
	メールアドレス			
被接種者	フリガナ		生年月日	(年 月 日 歳 月 日 か月)
	被接種者氏名			
	被接種者住所	(□申請者と同じ)		
	滞在先住所	〒		
予防接種の種類	▼接種を希望するものに✓を付けてください。			
	ロタ	<input checked="" type="checkbox"/> 1回目	<input checked="" type="checkbox"/> 2回目	<input checked="" type="checkbox"/> 3回目
	小児用肺炎球菌	<input checked="" type="checkbox"/> 1回目	<input checked="" type="checkbox"/> 2回目	<input checked="" type="checkbox"/> 3回目 □追加
	B型肝炎	<input checked="" type="checkbox"/> 1回目	<input checked="" type="checkbox"/> 2回目	<input checked="" type="checkbox"/> 3回目
	五種混合(四種混合+ヒブ)	<input checked="" type="checkbox"/> 1回目	<input checked="" type="checkbox"/> 2回目	<input checked="" type="checkbox"/> 3回目 □追加
	ヒブ	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目 □追加
	BCG	<input checked="" type="checkbox"/>		
	麻しん風しん(MR)	<input type="checkbox"/> 1期	<input type="checkbox"/> 2期	
	水痘	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	
	日本脳炎	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 追加 □2期
	二種混合	<input type="checkbox"/> 1回目		
	ヒトパピローマウイルス	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目
	RSウイルス	<input type="checkbox"/>		
	高齢者肺炎球菌	<input type="checkbox"/>		
	高齢者带状疱疹	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	
	高齢者インフルエンザ	<input type="checkbox"/>		
高齢者新型コロナ	<input type="checkbox"/>			
その他()	()			
申請理由	<input type="checkbox"/> 出産等による里帰り <input type="checkbox"/> 疾病による入院または通院 <input type="checkbox"/> 施設への入所		<input type="checkbox"/> 通学のための滞在 <input type="checkbox"/> その他 ()	
接種予定日	令和 年 月 日 (□未定)		<input type="checkbox"/> 予約済み □未予約	
接種予定場所	市区町村名:	医療機関名: (□未定)		
依頼書送付先	<input type="checkbox"/> 申請者住所 <input type="checkbox"/> 被接種者住所 <input type="checkbox"/> 滞在先住所 ※つくば市外の住所に送付希望の場合は、送付先住所・氏名を記入した返信用封筒(長形3号)を添付してください。切手は不要です。			
確認欄	(1) この申請により発行された予防接種依頼書を紛失された場合や、都合により接種する医療機関が2か所となり予防接種依頼書がもう1部必要な場合は、再度申請が必要です。 (2) 医療機関や市区町村によっては、まれに依頼書の宛名や送付先に指定があり、指定された宛名や送付先以外では予防接種が受けられない場合があります。予防接種依頼書の宛名や送付先に変更がある場合は、再度申請が必要です。 (3) 予防接種を受ける際は、つくば市の予診票が必要です。つくば市の予診票がお手元にあることをご確認ください。予診票がない場合は、別途交付申請を行い、接種日までにご用意ください。 (4) 接種後、接種費用の払い戻しのお手続きが必要です。各予防接種について、払い戻しできる金額には上限があります。上限を超過した分の費用は自己負担となりますので、予めご了承ください。 (5) この申請に関して必要な場合は、医療機関や市区町村等の関係機関に対し、問い合わせや情報共有を行うことがあります。 <input type="checkbox"/> 上記をご確認いただけましたら□にチェックをお願いいたします。			

<事務処理欄>

添付書類	<input type="checkbox"/> 小児予防接種: 母子健康手帳の出生届出済証明欄、母子健康手帳の全ての予防接種の記録ページの写し <input type="checkbox"/> 妊婦予防接種: 母子健康手帳の表紙、妊娠中の記録(1)分娩予定日記載欄、 母子健康手帳の全ての予防接種の記録ページの写し(予防接種を何も受けていなくても必要です。) <input type="checkbox"/> 返信用封筒(長形3号) ※つくば市外に送付希望の方のみ。						
	協力医療機関以外で受ける予防接種について、つくば市の予防接種予診票が手元にあることを申請者に確認しましたか。 <input type="checkbox"/> 手元にあることを確認済 <input type="checkbox"/> 手元にないため、別途予診票交付申請をしてもらい、該当する予診票を交付した						
受付	受付者	確認者	申請者宛名番号	入力	台帳番号	発送日	発送者
庁・桜・谷・大 郵送・電子			被接種者宛名番号				