

## 予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

(宛先) 山形市長

(申請者)

住 所	〒	—
フリガナ		
氏 名	(被接種者との関係) :	
電話番号	—	—

県外で予防接種を受けたいので、山形市予防接種（A類疾病）の県外接種費用に係る補助金交付要綱第4条の規定に基づき予防接種実施依頼書の交付について、下記のとおり申請します。

なお、予防接種実施依頼書の交付に当たり、申請内容について依頼書送付先へ情報提供することに同意します。

## 記

被 接 種 者 (予防接種を受ける者)	フリガナ 氏 名		
	生年月日	年	月 日
保 護 者 等 氏 名	被接種者との関係 ( )		
山形市住所・電話番号	〒	電話番号	— —
滞在先住所・電話番号	〒	様方 電話番号	— —
県外接種を予定している 予防接種の種類 (接種種類と回数に○)	1 B型肝炎	1回目・2回目・3回目	
	2 ロタ ロタリックス(1価)	1回目・2回目	
	3 ロタ ロタテック(5価)	1回目・2回目・3回目	
	4 ヒブ	初回(1回目・2回目・3回目)、追加	
	5 小児用肺炎球菌	初回(1回目・2回目・3回目)、追加(13価・15価)	
	6 四種混合	1期初回(1回目・2回目・3回目)、追加	
	7 五種混合	1期初回(1回目・2回目・3回目)、追加	
	8 単独不活化ポリオ	1期初回(1回目・2回目・3回目)、追加	
	9 BCG		
	10 麻しん風しん混合(MR)	1期、2期	
	11 水痘	1回目・2回目	
	12 日本脳炎	1期初回(1回目・2回目)、追加、2期	
	13 二種混合	2期	
	14 子宮頸がん(HPV)	1回目・2回目・3回目(2価・4価・9価)	
	15 ( )	( )	
滞 在 期 間	年	月 日 ~	年 月 日
申 請 理 由 (該当する番号に○)	1. 出産等の理由で、県外の他市区町村に長期にわたり里帰りする 2. 離婚調停中等の理由で、県外の他市区町村に事実上居住している 3. 県外の施設に入所している 4. 県外の医療機関がかかりつけ医である 5. その他( )		
※以下、接種する市区町村の担当部署に確認してください。			
依 頼 書 の 宛 名 (依頼書送付先)	市区町村長・医療機関 (該当するものを○で囲む) ※医療機関あての依頼の場合は滞在先に送付します。	宛名	
		所在地	〒
定期予防接種の費用	有料 ・ 無料 (自己負担) (滞在先市区町村負担)	※有料の場合は、補助の上限額の範囲内で償還払が できます。	

## 予防接種実施依頼書交付申請書について

申請書に必要事項を記入の上、提出(送付)してください。

- 1 申請者と保護者等氏名欄は、ご両親どちらかのうち、滞在先におられる方のお名前を記入してください。
- 2 申請者の電話番号につきましては、滞在先において日中連絡の取れる方の電話番号（携帯電話可）を記入してください。  
※当課及び受け入れ先の自治体等より、連絡させていただくために必要です。
- 3 依頼書の有効期限は滞在期間にかかわらず、依頼書の交付日から当該年度の末日（3月31日まで）となります。
- 4 依頼書の送付については、受理日より2週間程度かかりますのでご了承ください。  
※受け入れ先の自治体により、送付先を指定される場合がありますので、事前に予防接種実施依頼書の送付先を滞在先の市区町村に確認してください。
- 5 この申請により交付される依頼書は、接種した定期予防接種で健康被害が生じた際、山形市が対応するという証明の書類です。