様式第１号（第４条関係）

予防接種実施依頼書交付申請書

年　　 月　　 日

鹿島市長　　様

申請者　住所

氏名

接種者との関係

下記のとおり、予防接種を受けたいので予防接種依頼書の交付を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被  接  種  者 | 住所 |  | | | | | | |
| フリガナ |  | | | 生年月日 | | 年　　　月　　　日 | |
| 氏名 |  | | |
| 性別 | | 男　　　・　　　女 | |
| 保護者氏名 | |  | | | 電話 | |  | |
| 依頼する  市区町村  （医療機関名） | |  | | | | | | |
| 依頼する理由 | |  | | | | | | |
| 滞在先住所 | | 〒　　　－  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　方 | | | | | | |
| 連絡者氏名 | |  | 被接種者との関係 |  | | 電話 | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 予防接種の種類  ※希望するものに○をつけてください。 | Ｈｉｂ（ヒブ） | 1回目・2回目・3回目・4回目 |
| 小児肺炎球菌 | 1回目・2回目・3回目・4回目 |
| 四種混合 | 1期初回（1回目・2回目・3回目）　1期追加 |
| 単独不活化ポリオ | 1期初回（1回目・2回目・3回目）　1期追加 |
| ＢＣＧ | |
| 麻しん風しん混合・麻しん・風しん | 1期　・　2期 |
| 水痘 | 1回目・2回目 |
| 日本脳炎 | 1期初回（1回目・2回目）　1期追加　　2期 |
| 子宮頸がん予防 | 1回目・2回目・3回目 |
| B型肝炎 | 1回目・2回目・3回目 |
| ロタウイルス | 1回目・2回目・3回目 |
| 二種混合 | |

様式第２号（第４条関係）

予防接種依頼書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第　　　号

　年　　月　 日

様

鹿島市長

このことについて、下記の者が貴殿のもとで予防接種を受けることを希望していますので、よろしくお取り計らいくださいますようお願いいたします。

　なお、接種後に健康被害が発生した場合は、予防接種法第１５条の規定による救済措置を当方にて行います。

また、接種料金が必要な場合は、被接種者から徴収してください。

接種終了後は、予診票の原本又は写しを被接種者へ交付いただきますようお願いします。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被  接  種  者 | 住所 |  | | | | |
| フリガナ |  | | 生年月日 | | 年　　　月　　　日 |
| 氏名 |  | |
| 性別 | | 男　　　・　　　女 |
| 保護者氏名 | |  | | 電話 | |  |
| 依頼する予防接種 | |  | | | | |
| 依頼する理由 | |  | | | | |
| 滞在先住所 | | 〒　　　－    　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 方 | | | | |
| 連絡者氏名 | |  | 電話 | |  | |

様式第３号（第５条関係）

鹿島市予防接種費償還払い助成金交付申請書兼請求書

　　　年　　　　　月　　　　　日

鹿島市長　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　申請者　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

指定外医療機関で予防接種を受けましたので、鹿島市予防接種費の償還払いによる助成実施要綱第５条の規定により下記のとおり助成金の交付を申請します。なお、この申請内容に係る審査のため、公簿との照合及び医療機関への確認について同意します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 助成対象予防接種 | 助成対象者氏　名 |  | | 生年月日 | 年　　月　　日 | |
| 予防接種の種類 | | 接種日 | 医療機関名 | 自己負担額 | 助成金額 |
|  | | 年　　月　　日 |  | 円 | 円 |
|  | | 年　　月　　日 |  | 円 | 円 |
|  | | 年　　月　　日 |  | 円 | 円 |
|  | | 年　　月　　日 |  | 円 | 円 |
|  | | 年　　月　　日 |  | 円 | 円 |
|  | | 年　　月　　日 |  | 円 | 円 |
|  | | 年　　月　　日 |  | 円 | 円 |
|  | | 年　　月　　日 |  | 円 | 円 |
| 計 | | | | 円 | 円 |

※添付書類として、予防接種費に係る領収書、予診票の原本又は写し及び予防接種済証又は母子健康手帳の予防接種記録の写しを添付すること。

次の口座への振り込みを依頼します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融  機関名 | 銀行  金庫  組合 | 本店  支店  支所  出張所 | 口座番号 |  |
|  |  |

（申請者と口座名義人が違う場合は記入してください。）

鹿島市予防接種費の償還払いによる助成金受領に関する権限を上記の口座名義人に委任します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　印