

予防接種依頼申請書

RS  
償還

令和 年 月 日

(宛先) 岡 崎 市 長

申請者 (被接種者との続柄: )

(〒 - )

住 所

氏 名

※署名して  
ください。

電 話

RSウイルス予防接種を、市外の医療機関にて接種することを希望するため、下記のとおり申請します。

被 接 種 者	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ ( <input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> ) 岡崎市	
	ふりがな 氏名		生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
出産予定日 (申請日時点での 妊娠週数)		令和 年 月 日 ( 週 日 )	
接種予定医療機関名			
医療機関の住所		〒 -	
岡崎市外で接種 を希望する理由		<input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 長期入院治療 <input type="checkbox"/> 里帰り (出産・その他) <input type="checkbox"/> 家庭内暴力 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
接種時の滞在予定先 の住所・世帯主名 滞在予定期間		(〒 - )	<input type="checkbox"/> 被接種者住所と同じ ( <input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> )
		様方 (電話 ) 滞在予定期間: 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
予防接種の依頼先		<input type="checkbox"/> 接種予定医療機関宛 <input type="checkbox"/> 市町村宛	
書類郵送先 <small>いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。</small>		<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 <input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 滞在先市町村の役所	
添付書類 添付後、右の <input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。 添付書類に不備がある場合 受理できません。		※母子健康手帳は、今回の妊娠のものをご用意ください。 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳の表紙のコピー <input type="checkbox"/> 母子健康手帳「妊娠中の経過」のページのコピー <input type="checkbox"/> 母子健康手帳「予防接種の記録 (5)」のページのコピー ・空欄の場合も添付してください。 <input type="checkbox"/> 妊娠中に接種した予防接種の接種済証 ( 有・無 ) ・有の場合は接種済証のコピーを添付してください。	
ご 注 意 事 項 必ずお読みいただき、ご理解いた だけましたら <input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> を入れてく ださい。		<input type="checkbox"/> 今回の妊娠中にRSウイルス予防接種を接種していない ※今回の妊娠中にRSウイルス予防接種を接種済みのかたは、申請できません。 <input type="checkbox"/> 接種費用の払い戻し申請は、 <u>接種日の翌月末まで</u> に間に合うように 「岡崎市外予防接種費交付申請書」をご提出ください。 <input type="checkbox"/> 払い戻しの申請期限を過ぎた場合、いかなる理由があっても接種費用 の払い戻しはできません。	