

依頼書による予防接種の受け方(県外への里帰り等)

明石市に住民登録のある方が、【明石市指定医療機関】や【兵庫県の広域的予防接種参加医療機関】以外の医療機関(県外への里帰りなど)で定期予防接種を受ける場合、**必ず接種の前に「予防接種実施依頼書」**を提出してください。
 接種費用は一旦自己負担となりますが、予防接種後に還付申請を行うことで、明石市の定める金額を上限として払い戻しを受けることができます。

接種前の手続きの流れ

手続きには時間を要します。接種希望日の2週間前までに、申請してください。

□①「予防接種実施依頼書交付申請書」を取り寄せてください。

(市HPからダウンロードいただくか、こども健康センターへご連絡ください)

※予防接種を受ける医療機関により、手続き方法が異なります。予防接種手帳P4～5をご確認いただくか、こども健康センターへご連絡ください。

□②接種する市区町村の予防接種担当課へ以下をお問い合わせのうえ、「予防接種実施依頼書交付申請書」の上欄(1)～(3)に回答内容を☑してください。

- (1)「定期予防接種の費用」 無料(接種する市区町村が負担) / 有料(保護者が負担→明石市で払戻しができます)
 (2)「依頼書の宛先」 接種する市区町村長宛て / 実施医療機関宛て
 (3)「明石市から交付された依頼書の提出先について」
 接種する市区町村担当課へ保護者が提出
 接種する市区町村担当課は通さず、保護者が直接医療機関へ提出

□③**必ず予防接種を受ける前に、必要書類を、明石市こども健康センターまで郵送または窓口にて提出ください。**

※予防接種を受けた後の申請は原則として認められません。

《申請に必要な書類》

- ・予防接種実施依頼書交付申請書:必要事項を全て記入してください
- ・母子健康手帳の予防接種記録のコピー:全ページコピーしてください(白紙のページも含まれます)

接種費用有料の方(保護者が負担)

接種費用無料の方(他市区町村が負担)

□④明石市から依頼書と償還請求の書類一式が届きます。

- 予防接種実施依頼書
- 返信封筒「予診票(写)送付用」
- 予防接種費用交付申請書兼請求書
- 返信封筒「請求書送付用」

□④明石市から依頼書書類一式が届きます。

- 予防接種実施依頼書
- 返信封筒「予診票(写)送付用」

□⑤明石市から送付された、依頼書と返信封筒(「予診票(写)送付用」)を、接種する市区町村担当課または直接医療機関へ提出してください。

※提出先は、各市区町村担当課の指示に従い手続きを進めてください。

接種時・接種後の手続きの流れ

□⑥接種する医療機関へ予約を入れて予防接種を受けてください。

接種費用が有料の場合は、当日医療機関で一旦全額をお支払いください。

《当日医療機関に提出する書類》

- ・明石市から交付された「予防接種実施依頼書交付申請書」(もしくは、接種する市区町村から交付された書類)
- ・予診票(指定がない場合は、明石市の予診票をお使いください)
- ・返信封筒「予診票(写)送付用」 ※④で接種する市区町村担当課へ提出している場合は不要です
- ・母子健康手帳
- ・健康保険証

□⑦償還払い申請の必要書類を、明石市こども健康センターまで郵送または窓口にて提出ください。

(接種費用が無料の場合は、償還払いの申請は不要です)

※請求期限がありますので、接種後はなるべくお早めにご提出ください。

《申請に必要な書類》

- ・明石市予防接種費用交付申請書兼請求書 :必要事項を全て記入してください
- ・領収書の原本、明細書
- ・母子健康手帳の予防接種記録のコピー :全ページコピーしてください(白紙のページも含まれます)

□⑧後日、⑦の請求書に記入された銀行口座に、明石市の定める額を上限に接種費用が振り込まれます。

《お問い合わせ先》 明石市こども健康センター

☎078-918-5656

〒673-0891 明石市大明石町1丁目6番1号 パピオスあかし6階

窓口受付時間:月～土 9:00～17:15(日・祝・年末年始休)

※ 明石市へ依頼書を提出する前に、接種する市町村の担当部署に確認し該当するものに☑をしてください。

(1) 定期予防接種の費用	<input type="checkbox"/> 無料 (接種する市区町村が負担)	<input type="checkbox"/> 有料 (保護者負担⇒明石市で払い戻しができます)
(2) 依頼書の宛名	<input type="checkbox"/> 接種する市区町村長宛て	<input type="checkbox"/> 実施医療機関宛て
(3) 依頼書の提出先	<input type="checkbox"/> 接種する市区町村担当課へ保護者が提出 <input type="checkbox"/> 接種する市区町村担当課は通さず保護者が直接医療機関へ提出	

明こ健（予防）第 年 月 日

様 明石市長 丸谷 聡子 印

予防接種実施依頼書

以下のとおり本市の市民が、予防接種を受けることを希望しておりますので、接種して下さるようお願いいたします。
 なお、当該予防接種に起因する健康被害の救済については、本市が責任を持って処理致します。
 ただし、接種費用については、被接種者から徴収くださるようお願いいたします。
 ※接種完了後は、お手数ですが、予診票の写しをご送付くださるようお願いいたします。

※本書の有効期間は 年 月 日 から 年 月 日までです。

申請者記入	予防接種実施依頼書交付申請書	年 月 日
-------	-----------------------	-------

(申請者) 住 所
 氏 名 (続柄)
 電話番号

(※日中連絡のつく番号をご記入ください。)

以下のとおり予防接種を受けたいので、予防接種実施依頼書の交付をお願いします。

被接種者	フリガナ		年 月 日
	氏 名	生年月日	(満 歳 カ月)
	住 所	〒 電話 - -	
予防接種の種類/回数 <small>※接種する年度の末日 (3月31日)までに受ける もののみ○を付けて下さい</small>	ヒ ブ [1回目・2回目・3回目・追加] 小児用肺炎球菌 [1回目・2回目・3回目・追加] B 型 肝 炎 [1回目・2回目・3回目] ロ タ [1回目・2回目・3回目] [ロタリックス(1価)・ロタテック(5価)] 五 種 混 合・四 種 混 合 [1回目・2回目・3回目・追加] 不活化ポ リ オ [1回目・2回目・3回目・追加] B C G M R [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・追加) ・ 2期] 二 種 混 合 子 宮 頸 が ん [1回目・2回目・3回目] [サーバリックス(2価)・ガーダシル(4価)・シルガード9(9価)]		
接種予定日	年 月 日		
接種を希望する 医療機関 (実施機関)	名称 :	電話 - -	
	住所 :		
市指定の実施医療機関 で接種できない理由	・親の帰省先で接種を希望 ・かかりつけ医での接種を希望 ・その他 ()		
滞在先住所	〒 - () 様方 電話 - - 滞在先 年 月 日から 年 月 日まで		
依頼書の返送希望先	<input type="checkbox"/> 滞在先 <input type="checkbox"/> 住民票上の住所 (明石市)		

※母子健康手帳の予防接種記録の全ページコピー (白紙のページも含む) を添付してください。

※ 明石市へ依頼書を申請する前に、接種する市町村の担当部署に確認し、該当するものに☑をしてください。

記入例

(1) 定期予防接種の費用	<input type="checkbox"/> 無料 (接種する市区町村が負担)	<input checked="" type="checkbox"/> 有料 (保護者負担⇒明石市で払い戻)
(2) 依頼書の宛名	<input type="checkbox"/> 接種する市区町村長宛て	<input checked="" type="checkbox"/> 実施医療機関宛て
(3) 依頼書の提出先	<input type="checkbox"/> 接種する市区町村担当課へ保護者が提出 <input checked="" type="checkbox"/> 接種する市区町村担当課は通さず保護者が直接医	接種する市区町村に確認のうえ、☑をしてください

※消せないボールペンで記入してください
※修正テープ、修正ペン等は使用しないでください

依頼書交付申請書

令和〇年〇月〇日

明石市長様

(申請者) 住所 明石市大明石町1-6-1

氏名 明石 花子 (続柄) 母

電話番号 090-△△△△-××××

(※日中連絡のつく番号をご記入ください)

以下のとおり予防接種を受けたいので、予防接種実施依頼書の交付をお願いします。

被接種者	フリガナ	アカシ タロウ	生年月日	令和〇年〇月〇日
	氏名	明石 太郎	生年月日は【和暦】でご記入ください	
	住所	〒673-0891 明石市大明石町1-6-1	電話	五(四)種混合・ロタ・HPV(子宮頸がん)の場合は、医療機関に確認のうえ、【ワクチン種類】に必ず〇をつけてください
予防接種の種類/回数 ※接種する年度の末日(3月31日)までに受けるもののみ〇をつけて下さい	ヒブ [1回目・2回目・3回目・追加] 小児用肺炎球菌 [1回目・2回目・3回目・追加] B型肝炎 [1回目・2回目・3回目] ロタ [1回目・2回目・3回目] [ロタリックス(1価)・ロテック(5価)] 五種混合・四種混合 [1回目・2回目・3回目・追加] 不活化ポリオ [1回目・2回目・3回目・追加] BCG M 水痘 日本脳 二種混 子宮頸が			
接種予定日	令和〇年〇月〇日			
接種を希望する医療機関(実施機関)	名称: ○○クリニック	住所: ××市▲▲▲1-1-	電話: ○○○-△△△-××××	・複数回接種する場合は、【一番早い接種予定日】を記入してください ・接種日が未定の場合は、「未定」と記入してください
市指定の実施医療機関で接種できない理由	親の帰省先で接種を希望 ・その他 ()			
滞在先住所	〒○○○-□□□□ △△県××市■●2-2 (○○)様方 電話 090-△△△△-××××			
滞在先住所	滞在期間 令和〇年〇月〇日から 令和〇年〇月〇日まで			
依頼書の返送希望先	<input checked="" type="checkbox"/> 滞在先 <input type="checkbox"/> 住民票上の住所(明石市) 依頼書の返送希望先を、必ず☑してください			

※母子健康手帳の予防接種記録の全ページコピー(白紙のページも含む)を添付してください。

・すべて白紙の場合も、「予防接種の記録」のページを全ページコピーしてください(接種していないことを確認するために必要です)
・「その他の予防接種」のページのコピーも必要です