

宮崎県外でこどもの定期予防接種を受ける方へ

(定期予防接種の償還払いについて)

県外の医療機関で定期予防接種をうけるときは、予防接種を受ける県外の市町村または病院に対して、**予防接種実施依頼書**を持っていく必要があります。費用については、後日、**償還払い**をします。(一旦、費用を自己負担し、後日申請を行い、費用の一部を払い戻す方法です。)

❁ 対象となる人

各ワクチン接種日に、**三股町に住民票のある者**

❁ 必要なお手続きについて

- 1) **予防接種を受ける前**に健康管理センターへ、**予防接種実施依頼書交付申請書**を提出します。
(申請書を出さずに接種された場合は、助成の対象になりません。)

！！注意！！

代理申請や、郵送での申請も可能です。**必ず接種を受ける前に手続きをしてください。**

- 2) 申請後、町から **予防接種実施依頼書 予防接種助成金請求書 予診票**が送られてきます。
※ 予防接種ノート(予診票綴り)が手元にある方には、予診票は送られてきません。

- 3) **予防接種実施依頼書**を、依頼先(病院)に提出し、予防接種を受けます。

病院に持っていくもの

- ①**予防接種実施依頼書** ②**予診票** ③**母子健康手帳** ④**予防接種にかかる費用**

※ 病院からもらう、**領収書**(接種日とワクチン名が記入されたもの)と、
結果の記入された**予診票**(コピーでも可)、
母子健康手帳の予防接種のページの記入は、助成金の支払いの際に必要なので、
必ずもらうようにしてください。

- 4) **接種した翌月から1年以内**に、健康管理センターに申請をします。

申請の際に必要なもの

- ①**予防接種費助成金請求書** … 太枠内を記入してきてください。
②**予診票** … コピーでも可。医療機関で記入がされているもの。
③**母子健康手帳** … 予防接種について記入がされているもの。
④**領収書** … 日付とワクチン名がかかれたもの。 ⑤**通帳** … 申請者名義のもの。



❁ 助成金額

領収書の金額(実際に支払った金額)を、町の公費助成額の上限まで助成します。
助成額を超えた部分の金額については自己負担です。

お問合せ先 三股町健康管理センター 電話 0986-52-8481

三股町 予防接種実施依頼書交付申請書

三股町長 様

申請日 年 月 日
 申請者 住 所 _____
 氏 名 _____ 続柄() _____
 生年月日 _____ 年 月 日
 電話番号 _____ - _____ - _____

三股町で実施する予防接種を、下記の理由により三股町委託医療機関外で接種したいため、下記のとおり申請します。

被接種者(予防接種を受ける人)	ふりがな	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
予防接種の種類 (接種を希望するものに <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください)	ロタウイルス <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 Hib 感染症 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加 小児肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加 B 型肝炎 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 四種混合 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 1期追加 日本脳炎 <input type="checkbox"/> 1期初回(1回) <input type="checkbox"/> 1期初回(2回) <input type="checkbox"/> 1期追加 MR 混合ワクチン <input type="checkbox"/> 第1期 <input type="checkbox"/> 第2期 水痘 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> BCG 子宮頸がんワクチン (HPV) 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 その他 ()	
保護者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
滞在先住所	() 様方	
申請理由		

三股町 予防接種実施依頼書交付申請書

三股町長 様

申請日 ●年 ●月 ●日
 申請者 住 所 三股町大字樺山××××-×
 氏 名 三股 花子 (印) 続柄(母)
 生年月日 ●年 ●月 ●日
 電話番号 ●●● - ●●●● - ●●●●

三股町で実施する予防接種を、下記の理由により三股町委託医療機関外で接種したいため、下記のとおり申請します。

被接種者(予防接種を受ける人)	ふりがな	みまた たろう						
	氏名	三股 太郎						
	生年月日	●年	●月	●日				
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ						
予防接種の種類 <small>(接種を希望するものに <input checked="" type="checkbox"/>をつけてください)</small>	ロタウイルス	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目				
	Hib 感染症	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 追加			
	小児肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 追加			
	B型肝炎	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目				
	四種混合	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 1期追加			
	日本脳炎	<input type="checkbox"/> 1期初回(1回)		<input type="checkbox"/> 1期初回(2回)		<input type="checkbox"/> 1期追加		
	MR 混合ワクチン	<input type="checkbox"/> 第1期		<input type="checkbox"/> 第2期				
	水痘	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目			<input type="checkbox"/> BCG		
	子宮頸がんワクチン (HPV)	1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目				
	その他 ()							
保護者氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ							
滞在先住所	〇〇県〇〇市〇〇 ××-× <div style="text-align: right;">(樺山) 様方</div>							
申請理由	里帰りの為							

※ 記入された情報をもとに、町が「予防接種実施依頼書」を作成し、ご自宅や里帰り先に郵送します。予防接種に行く際には、「予防接種実施依頼書」を忘れずに持って行ってください。