

記載方法

RSウイルス感染症予防接種依頼申請書

年 月 日

申請者については、後日実施する助成金交付請求（返金処理）の申請者と同じにしてください。

〒
住 所 相模原市 区
申請者 氏 名
電話番号 ()

次のとおりRSウイルス感染症予防接種を受けたいので、依頼書の発行を申請します。

対象 (予防接種を受ける妊婦)	「受診番号」は、母子健康手帳別冊の表紙に記載のある00から始まる8桁の番号です。ご不明の場合は空欄のままご提出ください。		受診番号	
	住所		月	日 (満 歳)
申請理由	該当する理由	「接種方法確認欄」の3項目については、 接種する医療機関が所在する自治体の予防接種担当課へご確認ください。		
	1. 里帰 ・医 ・所 2. その他理由 ・医 ・所	1. 窓口支払い 有：医療機関窓口で申請者が接種料金を負担する場合 無：医療機関が所在する自治体が接種料金を負担する場合 2. 依頼先 相模原市が作成する「RSウイルス感染症予防接種実施依頼書」の依頼先について、「自治体」か「医療機関」のどちらになるかご確認ください。 3. 書類送付先 相模原市が作成する「RSウイルス感染症予防接種実施依頼書」の送付先について、本人（申請者）あて、確認先自治体の予防接種担当課あてのどちらになるかご確認ください。 ※「本人」の場合には、市内住所、滞在先住所のどちらに送付するかも併せてご記入ください。		
滞在先住所等 (市外に滞在していない場合は、記入の必要はありません。)	〒	滞在先世帯主名	電話 ()	月 日～ 年 月 日
接種方法確認先市町村 ※確認をした自治体情報をご記入ください。	〒	担当課名称	電話 ()	
定期予防接種の種類 (□に✓を付けてください)	接種方法確認欄 (該当欄に☑してください。)			
	窓口支払い	依頼先	書類送付先	
	□有・□無	□自治体・□医療機関	□本人(市内・滞在先)・□確認先市町村	

下記の接種方法を確認する自治体の所在地・担当課・電話番号を記載ください。

- 注意
- 協力医療機関以外で接種希望の場合、事前に当申請書を疾病対策課へご提出いただく必要がございます。事前の申請なく接種された場合、全額自費（助成なし）となります。
 - 審査後、郵送で専用の予診票などを送付いたします。お手元に届くまで2週間ほどかかりますので、お早めにご提出ください。
 - 生まれたお子さんの予防接種を協力医療機関外で接種希望の場合、別途申請書をご提出いただく必要があります。詳細は疾病対策課へお問い合わせください。