

県外の医療機関で予防接種を希望する方へ

季節性インフルエンザ、高齢者肺炎球菌ワクチン、新型コロナウイルスの定期予防接種を県外の医療機関で希望する方は、接種を受ける前に健康増進課への申請が必要です。以下の流れに沿って手続きをしてください。

※新潟県内の医療機関で接種する場合、申請は不要です。

1

「予防接種実施依頼書発行申請書」(様式第1号)を健康増進課に提出してください。

- ・事前に接種を希望する医療機関に受け入れ可能かどうか確認してください。
- ・接種依頼の文書作成や、郵送等に約2週間程度の時間を要します。申請前に接種を予約する場合は、申請書の提出から2週間以上先の期日で予約をお願いします。

2

健康増進課から滞在先の市町村または接種を希望する医療機関等に接種の実施依頼をします。

- ・滞在先の市町村の指示で、接種する本人から依頼書を医療機関等に提出していただく場合があります。その場合は、依頼書を本人に郵送しますので、ご希望を申請書に記載してください。

3

希望の医療機関に接種の予約をして、定期予防接種を受けてください。

- ・接種にかかる費用は、一旦全額自己負担でお支払いいただきます。
(医療機関により接種費用が異なります。)
- ・接種後は、必ず医療機関が発行する領収書、明細書と接種の記録(接種済証等)を保管しておいてください。助成金の申請手続きに必要です。

4

接種終了後「予防接種助成金交付申請書」(様式第3号)を健康増進課に提出してください。

- ・助成の申請には、次のものがが必要です。
 - ☐ 予防接種助成金交付申請書
 - ☐ 医療機関が発行する領収書、明細書(原本)
予防接種の種類と金額が明記されているものがが必要です。
 - ☐ 予防接種記録(接種済証等)の写し
 - ☐ 予防接種の予診票または問診票
 - ☐ 振込先口座番号が確認できる通帳の写し

●助成額

次の(A)、(B)のうち、少ない金額

(A)実際に支払った額－(魚沼市が指定する自己負担額)＝助成対象額

(B)魚沼市が県内の医療機関と契約している額

【申請窓口(送付先)】

〒946-8601 魚沼市小出島910番地 魚沼市役所 健康増進課 あて

■窓口受付時間：午前8時30分から午後5時15分まで(土日祝日を除く) ※郵送でも受け付けます。

■問合せ電話番号：025-792-9763

接種する前に健康増進課へ提出してください。
青文字のところをご記入ください。令和●年●月●日

魚沼市長

申請者
住 所 魚沼市小出島910番地
氏 名 魚 沼 花
(被接種者との続柄 本人)
電話番号 025-792-9763 (携帯可)

予防接種実施依頼書発行申請書

下記により、予防接種を他市区町村で受けたいので、予防接種実施依頼書の発行を申請します。

記

被接種者氏名 生年月日・性別	(フリガナ) ウオヌマ ハナ 魚 沼 花 男 ・ 女 昭和25年6月15 生
被接種者住所	魚沼市小出島 910 番地
被接種者滞在先	〒888-8888 神奈川県〇〇市本町888番地 特別養護老人ホーム**苑 (滞在先世帯主 様方) 電話番号：888-1234-5678 (施設等の番号可)
滞 在 期 間	令和4年4月1日 から 令和10年3月31日 まで
滞 在 の 理 由	介護施設利用のため 等
予防接種の種類	带状疱疹（2回） 季節性インフルエンザ、新型コロナウイルス（接種期間：10月～翌年3月） ※複数回接種が必要なものは、接種回数も記入してください。
接 種 予 定 日 医 療 機 関 (決まっている場合は記入)	接種予定日：令和●年 6月10日(複数回の場合は初日) 医療機関：□□□□医院 依頼の前に希望の医療機関に接種の受け入れが可能かどうかをご確認ください。
実施依頼書 送付先	1 申請者住所 2 被接種者滞在先 3 滞在先の自治体（所在地・部署名 4 接種予定医療機関 予防接種の実施依頼書の送付先を指定してください。
申請書類 送付先	1 申請者住所 2 被接種者滞在先 3 その他 〒 — (送付先宛名 様方) (被接種者との続柄)

記入例

接種完了後、6か月以内に健康増進課へ提出してください。
青文字のところをご記入ください。裏面もあります。

様式第3号(第6条関係)

予防接種助成金交付申請書

令和●年●月●日

魚沼市長

申請者

住 所 魚沼市小出島910番地

氏 名 魚 沼 花

(被接種者との続柄 本人)

電話番号 025-792-9763 (携帯可)

次のとおり定期の予防接種を受けましたので、助成金の交付を申請します。

なお、助成を受けるにあたり必要があるときは、魚沼市が住民基本台帳の閲覧や医療機関へ確認を行うことに同意します。

交付申請額		円 ※魚沼市で記入 (裏面申請金額の合計を記入)	
被接種者	住 所	魚沼市 小出島910番地	
	フリガナ	ウオヌマ ハナ	
	氏 名	魚 沼 花 (男・女)	
	生 年 月 日	昭和25年6月15日 生	
接種状況		※ 裏面のとおり	
振込先	金融機関名	□□□ 銀行 組合 魚沼 本店 農協・金庫 支店	
	預金種別	普通・当座	口座番号 111111
	フリガナ	ウオヌマ ハナ	
	口座名義人 (申請者)	魚 沼 花	

裏面にも記載欄があります。

※以下の欄は記入しないでください。

次のとおり決定します。		課長	係長	担当	伺 . . 決裁 . .
助成決定額	円				

※申請者、被接種者、振込先の口座名義人は必ず同一人にしてください。

(接種状況)

医療機関	所在地	神奈川県〇〇市〇〇番地
	名 称	□□□□医院

予防接種名	接種年月日	接種費用 (支払った額) ①	市指定 自己負担額 ②	助成対象額 ①-②=③	助成上限額 ※魚沼市で記入 ④	申請金額 (③か④の少ない額)
带状疱疹①	令和●年6月10日	22,000 円				
带状疱疹②	令和●年8月15日	22,000 円				
インフルエンザ	令和●年12月1日	5,000 円				
新型コロナ	令和●年12月1日	15,000 円				
	年 月 日					
	年 月 日					
	年 月 日					
	年 月 日					

※ 領収書を添付してください。

申請金額の合計

(それぞれの予防接種の③か④のどちらか
少ない金額の合計) ※魚沼市で記入

円