

## 指定医療機関外で定期予防接種をご希望の保護者様



予防接種法による定期予防接種は、福知山市内の指定医療機関での接種が原則となります。

しかし、里帰り出産等により京都府外の医療機関等で接種を希望される場合は、事前に申請をしていただくことで接種費用の助成制度を利用いただけます。（接種費用をいったん支払っていただいた後、返金します。）

ただし、接種後の受付はできませんので十分注意してください。

### 【1 助成対象者】

福知山市に住民票があり、標準的な接種期間に受ける、定期予防接種の対象年齢のお子さん

### 【2 接種前の申請手続き】

「指定医療機関外予防接種実施依頼申請書」を提出していただきます。（持参又は郵送）  
（接種予定者の住所、氏名、生年月日、予防接種の種類と回数、滞在先の住所、電話番号、予防接種を希望する医療機関名等）

※申請後にやむを得ず、接種医療機関を変更される場合は、接種日の7日前には必ずご相談ください。

※依頼先が市町村の場合、滞在先の予防接種担当課に、予防接種の手続きについて確認させていただくことがありますのでご了承ください。

### 【3 書類の通知】

申請書を受理した後およそ2週間以内に、ご希望の住所宛に下記の文書を郵送します。

- ① 医療機関にお渡しいただく「予防接種依頼書」（主治医様宛封筒 開封厳禁）
- ② 定期予防接種（A 類疾病）接種費用自己負担金償還払い申請書

### 【4 接種】

申請時記載の医療機関に下記の書類を持参し予防接種を受けていただきます。

- ① 「予防接種依頼書(主治医様宛封筒)」を窓口に提出してください。
- ② 母子健康手帳
- ③ 福知山市から送付した各種予防接種の予診票  
（必要事項を記載しておきましょう。）

★ 生後2か月までに、小児用肺炎球菌ワクチン、ロタワクチン、B型肝炎、5種混合ワクチン、BCG、MR1期、水痘の予診票を福知山市のご自宅に郵送します。

- ④ 予防接種の費用（金額は医療機関にお尋ねください。）

裏面に続く



## 【5 接種後】

医療機関に接種費用を支払っていただきます。

医療機関から下記の書類を受け取ってください。

- ・「領収書【それぞれの予防接種の接種費用の明細の記載があるもの】」
- ・使用した「予防接種予診票」原本
- ・「母子健康手帳」

### ※ 接種された年度内に必ず申請手続きをしてください

例：令和7年2月2日に接種された場合、令和7年3月31日までに申請

## 【6 接種後の申請手続き】

### ① 定期予防接種(A類疾病)接種費用自己負担金償還払い申請書

予防接種依頼書(主治医様宛封筒)と同時に送付又はお渡しします。

### ② 領収書(原本)

★同時接種(一度に複数のワクチンを接種すること)をされた場合、領収書に  
ワクチン別の接種費用が記載してあるか確認してください。

★明細書があれば提出してください。

### ③ 接種した予防接種の予診票の原本

### ④ 通帳(入金希望のもの)

※郵送の場合 口座情報(金融機関名・開設支店名・普通と当座の別・口座  
番号・口座名義人)の入ったページの写しを同封してください。

## 【7 口座に振込】

●申請されてから約1～2か月後に指定の口座に振込みます。

支払案内書は送付しませんので、振込予定時期に通帳をご確認ください。(振込日、ワクチンチャマシコドモセイサク、振込金額が表記されます。)

★福知山市から助成できる費用は、接種日における公費負担額が上限になります。



《お問い合わせ・書類の提出先》

〒620-0035

京都府福知山市字内記(内記三丁目)100番地

福知山市福祉保健部子ども政策室 母子保健係

電話0773-24-7055

# 指定医療機関外 予防接種実施依頼申請書

年 月 日

福知山市長 様

申請者 住所 〒 \_\_\_\_\_

福知山市

## 記入の注意点

氏名 \_\_\_\_\_ 続柄( )

電話 \_\_\_\_\_

接種を希望する 子どもの氏名	<small>フリガナ</small> _____	生年	年	月	日			
希望する予防接種の 種類及び回数	<div style="border: 2px solid black; padding: 5px;"> <p>(同じ日に接種するものの種類と回数)</p> <p>例 ロタワクチン1回目 小児肺炎球菌 1回目 B型肝炎1回目 5種混合 1回目</p> </div>							
接種予定日	年 月 日 頃							
滞在先住所	〒 _____ 電話 ( ) _____ 様方							
申請理由	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 里帰り</li> <li>・ その他 [ _____ ]</li> </ul>							
依頼先	主治医・市町村長等 [ _____ 都・道・府・県 _____ 市 ]							
	接種医療機関名							
	住所 〒 _____							
	連絡先・電話等							
接種歴	希望する予防接種の過去の接種歴							
	_____	なし・( )回目	_____	年	_____	月	_____	日
	_____	なし・( )回目	_____	年	_____	月	_____	日
	_____	なし・( )回目	_____	年	_____	月	_____	日
	_____	なし・( )回目	_____	年	_____	月	_____	日
_____	なし・( )回目	_____	年	_____	月	_____	日	
_____	なし・( )回目	_____	年	_____	月	_____	日	
依頼書送付先	<div style="border: 2px solid black; padding: 5px;"> <p>例 今回1回目なら なしに○ 2回目以降は前回の回数と接種日(それぞれ)</p> </div>							
	1.現住所	2.滞在先	3.その他( )					

### 【注意事項】

- 1 申請書受理後、依頼書の発行事務作業に約1週間かかります。
- 2 予防接種依頼書は直接保護者に郵送しますので、依頼先に提出してください。

受付日： 年 月 日

受付者サイン \_\_\_\_\_

