

子宮頸がん予防（ヒトパピローマウイルス感染症）ワクチン接種
～指定医療機関（京都府外医療機関）で接種を希望される人へ～

※事前に申請していただくことで、接種費用の助成を行います。ただし、助成金額は、公費負担額が上限額となります。接種費用については、医療機関にお尋ねください。

【対象者】

平成9年4月2日～平成24年4月1日生まれの女性で、接種日において福知山市民

《接種の流れ》

- 1 子宮頸がん（ヒトパピローマウイルス感染症）ワクチン指定医療機関外予防接種実施依頼申請書を子ども政策室に提出 ダウンロードできます
その他必要な物
 - 窓口に来所される場合
 - ①母子健康手帳（接種歴のわかるもの）
 - ②代理人が申請する場合は、代理人の身分証明書（運転免許証等）と福知山市発行のヒトパピローマウイルス感染症予診票
 - 郵送の場合
 - ①母子健康手帳の「出生届出済証明」のページと子宮頸がんワクチン予防接種の記録のページの写し
- 2 書類の通知
申請書を受理した後2週間以内に、ご希望の住所に下記の文書を郵送します。
 - ①接種医師にお渡しいただく「予防接種依頼書」
 - 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
- 3 接種について
 - ①予防接種依頼書、母子健康手帳、福知山市から送付した子宮頸がん予防接種予診票及び接種費用を持参し、接種してください。
 - ②接種後、医療機関から領収書及び明細書、予防接種予診票（原本）を必ず受け取ってください。
- 4 接種費用の払い戻しの申請
下記の必要書類を添えて、接種された年度内に子ども政策室の窓口提出してください。

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">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② 領収書（原本）ワクチン名の記載のあるもの
★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。 |
|---|

5 接種費用の助成

指定された口座に1～2か月後に振り込みますので、振込予定時期に通帳をご確認ください。（振込日、フクチヤ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接種費用の回数は3回分が上限になります。

子宮頸がん予防(ヒトパピローウイルス感染症)ワクチン **指定医療機関外** 予防接種実施依頼申請書

福知山市長 様 申請者 住所 〒 _____ 福知山市 _____ 氏名 _____ 電話 _____		年 月 日 原則 本人が、住民票のある住所を記載 高校1年生までは保護者
記入例及び注意点		
接種を希望する者の氏名	フリガナ _____	生年月日 _____ 年 月 日 (歳)
希望する予防接種の種類及び回数 (接種する回数に○)	子宮頸がん予防(ヒトパピローウイルス感染症)ワクチン 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目	
接種予定日	_____ 年 月 日 頃	
滞在先住所	〒 _____ 様 方 _____ 電話 (_____)	
申請理由	例 他市の大学に在学中	
依頼先	主治医・市町村長等 [_____ 都・道・府・県 _____ 市]	
	接種医療機関名	例 今回1回目なら なし全てに○ 1回(2回)済みなら、ワクチン名に○と接種日を記載
	住所 〒 _____ 連絡先・電話等 _____	
接種歴	1回目 なし・接種 [ガーダシル サーバリックス シルガード] _____ 年 _____ 月 _____ 日 2回目 なし・接種 [ガーダシル サーバリックス シルガード] _____ 年 _____ 月 _____ 日	
依頼書送付先	1.現住所 2.滞在先 3.その他(_____)	

代理人 _____ (続柄 _____)

【注意事項】

- 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。
- 予防接種依頼書は郵送しますので、接種日に依頼先

代理人が申請者の場合
 代理人 ○○ ★★ (続柄)

受付日: _____ 年 月 日

受付者サイン _____ 代理人の確認: 運転免許証・健康保険証・その他 (_____)