

予 防 接 種

指定医療機関以外での予防接種をご希望の方へ

(1) ワクチンについて

助成の対象となるワクチンは下記の定期予防接種のみとなります。

(ロタウィルスワクチン・ヒブワクチン・小児肺炎球菌ワクチン・四種混合ワクチン・B型肝炎ワクチン・BCG・日本脳炎ワクチン・MRワクチン・水痘ワクチン・HPV ワクチン)

その他の任意予防接種は全額自己負担となります。

(おたふくワクチンなど)

(2) 接種に至るまでの流れ

① 医療機関を見つけてください。

稀に県外の方はお断りとなる医療機関もあります。

医療機関へは、住民票が富士吉田市にあることを必ず伝え、接種が可能か確認してください。

② 市役所へ申請書を提出してください。

- ・申請書内の連絡先は日中連絡の取れるものを必ず記入してください。
- ・お子様の場合、滞在期間中に受ける可能性のある予防接種を全て記入してください。
- ・申請は郵送でも可能です。その際は接種者の保険証など本人確認ができるもののコピーを添付してください。

③ 市より接種が可能になった旨を申請者へ連絡

接種はこの連絡後から開始してください。連絡前の接種は全額自己負担となります。

④ 医療機関にて接種

接種の際には富士吉田市より配布されている予診票を利用してください。

記入方法

指定医療機関外予防接種実施依頼申請書

申請年月日	令和 年 月 日
申請者氏名 (自署)	保護者名 被接種者との関係
住所 (住民票の住所)	富士吉田市
電話番号	日中連絡のとれる電話番号を！
被接種者氏名	接種するお子さん名
生年月日	H・R 年 月 日
予防接種の種類	(例) ヒブワクチン・肺炎球菌ワクチン 四種混合ワクチン・B型肝炎・BCG
依頼する理由	(例) 里帰りのため
依頼先医療機関名 住所・電話番号	〒 接種を希望する医療機関名 住所・電話番号を記入してください。 TEL
滞在先の住所 電話番号	〒 里帰り先など住所はマンション名まで詳しく記入してください TEL

* 里帰り中に接種する可能性のある全ての予防接種名を記入してください。

(お問い合わせ)

富士吉田市 健康長寿課 健康推進室

TEL0555-22-1111 内線 436

市役所 東庁舎 1階

〒 403-8601 富士吉田市下吉田 6-1-1

富士吉田市役所 健康長寿課 健康推進室

指定医療機関外予防接種実施依頼申請書

申請年月日	令和 年 月 日		
申請者氏名 (自署)		被接種者 との関係	
住 所 (住民票の住所)	富士吉田市		
電話番号			
被接種者氏名			
生年月日	H・R 年 月 日		
予防接種の種類			
依頼する理由			
依頼先医療機関名 住所・電話番号	〒		
	TEL		
滞在先の住所 電話番号	〒		
	TEL		