

三沢市インフルエンザ及び新型コロナ

予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

三沢市長 殿

申請者 氏 名 _____
 住 所 _____
 電話番号 _____
 続 柄 本人
その他 ()

下記のとおり定期予防接種実施依頼書の交付を申請します。

被 接 種 者	ふりがな	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	生年月日	昭和 年 月 日 (歳)	
	氏 名				
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒 三沢市 (TEL. - -)		
	滞在先住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒 (様方) (TEL. - -)		
申 請 理 由		<input type="checkbox"/> 入院入所中 <input type="checkbox"/> その他 ()			
予防接種の種類		<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 新型コロナ			
接種を受ける 医療機関について		医療機関名			
		住 所	(〒 -)		
		電 話 番 号			
依 頼 書 宛 先		1. 滞在先市町村長宛 2. 医療機関・施設長宛			
依頼書送付先		1. 三沢市住所 2. 滞在先住所 3. 滞在先自治体 ※滞在先自治体へ三沢市から直接送付してよいか確認してください。 所在地 〒 担当部署名			
依頼期間		令和 7年 1月 31日まで			

委託医療機関外での予防接種を希望される方へ

- ①**接種前**に、希望医療機関（市町村の場合もあります）へ、「三沢市からの依頼書があれば予防接種が可能か」を確認してください。
- ②接種が可能な場合、「三沢市インフルエンザ及び新型コロナ予防接種実施依頼書交付申請書」（裏面）に必要事項を記載し、健康推進課へ提出してください。（郵送可）
- ③健康推進課から「予防接種実施依頼書」「三沢市予防接種費用給付申請書」を依頼書送付先へお送りします。
- ④希望医療機関に「**予防接種実施依頼書**」を提出し、予防接種を受けてください。
予診票は、三沢市が発行した予診票でも、医療機関指定の予診票でも構いませんので、医療機関の指示に従ってください。
接種費用は、自費で医療機関へお支払いください。
- ⑤「**三沢市予防接種費用給付申請書**」を提出してください。（郵送可）
償還する金額は、三沢市が定める上限額がありますので、ご了承ください。

問い合わせ・提出先

〒033-0001

青森県三沢市中央町 1-3-10

三沢市健康推進課（保健相談センター内）

TEL 0176-57-0707