

定期予防接種を指定医療機関以外で受けられる方へ

津別町 保健福祉課 健康推進係 0152-77-8380 (係直通)

やむをえない都合により、指定医療機関以外で定期予防接種を受ける場合、接種した予防接種費用を助成します。(全額立て替え払いをしていただき、後日申請の上、指定の口座にお振込みいたします)

1 対象者

以下の理由により指定された医療機関で接種できない方

- ① 病気のために主治医のもとで接種が必要
- ② 介護のため遠方に住んでいる
- ③ 出産等による里帰り中
- ④ 就学のために町外で生活している
- ⑤ その他、町長が必要と認めた場合

2 助成の対象となる予防接種

- ・ B型肝炎 ・ ヒブ ・ 小児用肺炎球菌 ・ 四種混合 ・ 三種混合
- ・ BCG ・ 麻しん風しん ・ 水ぼうそう ・ 日本脳炎 ・ 二種混合
- ・ 不活化ポリオ ・ 子宮頸がん ・ ロタ
- ・ 高齢者インフルエンザ ・ 高齢者肺炎球菌

3 手続き

- (1) 対象になる方は、希望する医療機関に予防接種ができるかどうか確認してください。
- (2) 接種予定日の **2週間前までに**「津別町定期予防接種依頼申請書」(※1)を下記の窓口まで持参か、郵送してください。

津別町役場 保健福祉課 健康推進係 (役場 1階7番窓口)
〒092-0292
北海道網走郡津別町幸町 41 番地

- (3) 予防接種に必要な書類をご希望の送付先に郵送します。
- (4) お送りした「津別町定期予防接種実施依頼書」、「予診票」、「母子手帳」(成人の方は健康手帳)を持参のうえ、接種します。費用は立替払いです。
- (5) 接種後、早めに助成金交付申請書(※2)、領収書(予防接種の種類が分かるもの)を(2)と同じ窓口まで持参か、郵送してください。接種日から1年が締め切り期限となります。
- (6) 書類を確認後、指定の口座にお振込みします。

※1・・・このページの2ページ目の用紙です

※2・・・このページの3ページ目の用紙です

津別町定期予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

津別町長

様

(申請者)

住 所

氏 名

続 柄

電話番号

私は、津別町予防接種実施要綱に基づき、下記の予防接種費用について、関係書類を添えて次のとおり申請します。

接種者氏名	
住 所	津別町字
生 年 月 日	

予防接種名	医療機関名	接種実施日	支払額	交付申請額
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
合 計			円	円

振込先

金融機関名		預金種目	口座名義人	口座番号
銀 行	本 店	1 普通預金	ふりがな	
信用金庫	支 店			
信用組合	出張所	2 当座預金		
農 協	本 所			