（別紙様式２）（第５　関係）

**岩手県広域接種パスポート**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被接種者氏名 |  | 年　　月　　日生 | |
| 保護者氏名 |  | | |
| 住　　　所 | 〒　　－  （℡　　－　　－　　　） | | |
| 広域接種番号 |  | | |
| 有効期限 | 年３月31日まで | | (※ 転出した場合、本パスポートは無効です。) |
| 注意事項 | 岩手県内の広域的予防接種協力医療機関に限り有効 | | |
| 備　　　考 |  | | |

上記の者について、岩手県広域的予防接種の対象者として許諾したことを証明します。

また、上記の者について、岩手県広域的予防接種事業の協力医療機関において、協力医師が予防接種法に基づき定期予防接種を実施していただきますようお願いします。

公印

　　　　年　　月　　日

●●市（町・村）長　●●　●●

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 【●●市（町・村）　広域的予防接種料金　負担上限額一覧表】 | | | | |
| 予防接種の種類 | 料金 | 予防接種の種類 | | 料金 |
| DPT－IPV  （四種混合） | 円 | Hib感染症 | | 円 |
| DPT  （三種混合） | 円 | 小児の肺炎球菌  感染症 | | 円 |
| DT（ジフテリア・破傷風） | 円 | HPV感染症 | | 円 |
| IPV  （不活化ポリオ） | 円 | 水痘 | | 円 |
| 麻しん風しん混合（MR） | 円 | B型肝炎 | | 円 |
| 麻しん | 円 | ﾛﾀｳｲﾙｽ感染症 | ﾛﾀﾘｯｸｽ | 円 |
| 風しん | 円 | ﾛﾀﾃｯｸ | 円 |
| 日本脳炎 | 円 | DPT－IPV－Hib  （五種混合） | | 円 |
| 結核（BCG） | 円 | （予診のみ） | | 円 |
| 【差額が生じた場合の取扱い】 | | | | |
|  | | | | |

【協力医療機関へのお願い】

・被接種者が広域接種対象者であることを確認後、本書は必ず被接種者

（保護者等）に返却してください。

・協力医療機関において本書の控えが必要な場合は、協力医療機関が

コピーを取ってください。

＜広域的予防接種を受ける際の留意事項＞

**□１**　ご希望の医療機関に電話等で申し込みます。

…パスポートに記載された９桁の「広域接種番号」を確認されます。あらかじめ手元に準備を。

**□２**　接種当日は「予診票」「母子手帳※」、「広域接種パスポート」を忘れずに！

…これらのいずれかを忘れた場合は接種を受けることができませんのでご注意を。

※　年齢によっては「健康保険証」の場合もあります。

**□３**　受診の際、保護者の方はあらかじめ予診票の右上（欄または余白）に９桁の「広域接種番号」の記入をお願いします。

**□４**　受診後は医療機関からこの「広域接種パスポート」を必ず返却してもらってください。

**□５**　住所地市町村の負担上限額が医療機関の接種料金に満たない場合、窓口で差額のお支払いを。

…住所地市町村の接種料金「負担上限額」はこのパスポートに記載されています。

**□６**　パスポートは交付を受けた市町村から転出した場合、無効となります。発行元市町村へすみやかに返却を。

※　転出後に誤って使用し、接種を受けた場合、接種料金は後日全額請求されますので十分にご注意ください。

お問合せ　●●●市●●課　電話　●●-●●-●●●●

**岩手県広域接種**

**パスポート**

【市町村名】

