

(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	〒 - (Tel - -)
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	

【●●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	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

見本

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いたします。

年 月 日

●●市(町・村)長 ●● ●●

公印

【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。

