

記入例

予防接種実施依頼書交付申請書

申請書を記入した日

〇〇年 〇〇月 〇〇日

安中市長 宛

申請者

申請者は接種費用の振込先の名義人となります

18歳未満の方は、保護者名をご記入ください

住所 安中市安中〇〇-〇〇-〇〇

氏名 安中 太郎 (続柄 父)

電話 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

下記の事情により、安中市に住所を有するが、他市町村又は医療機関が行う予防接種を受けたいので、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

接種につきましては、依頼する市町村又は医療機関の実施方法に従います。

接種を受ける方についてご記入ください

被接種者	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	安中市		
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	安中 花子		
	生年月日	令和 〇年 〇月 〇日 (満 歳 2ヶ月)	電話	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	
希望する予防接種の種類・回数		B型肝炎初回～2回目、小児用肺炎球菌初回～3回目、五種混合ワクチン初回～3回目、BCG1回			

滞在先等	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇-〇〇 (世帯主名又は施設名 〇〇 〇〇)			
	電話	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇			
	滞在理由	里帰り出産のため・県外の施設に入 その他() おおよその予定日又は予定月を記入してください			

予防接種を依頼できることを確認のうえ、下記をご記入ください。

接種医療機関名	〇〇病院	接種予定日	〇年 〇月 〇日
所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇-〇〇		

該当する箇所にチェックしてください。

依頼書の宛先	<input type="checkbox"/> 市町村長宛 <input checked="" type="checkbox"/> 医療機関(接種医)宛
依頼書の郵送先	<input checked="" type="checkbox"/> 被接種者の滞在先 <input type="checkbox"/> 被接種者の住所(安中市の住所)

予診票の送付	<input checked="" type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要(再発行の場合は接種が重複しないようご注意ください)
--------	--