

高砂市定期予防接種実施依頼書交付申請書

申請日 年 月 日

高砂市長 様

申請者

住 所

被接種者との

氏 名

続 柄 ( )

電話番号

次のとおり予防接種を受けたいので、予防接種実施依頼書の交付をお願いします。

|                  |   |                      |      |          |
|------------------|---|----------------------|------|----------|
| 被<br>接<br>種<br>者 | ふりがな  |                      | 生年月日 | 年 月 日    |
|                  | 氏 名   |                      |      | (満 歳 箇月) |
|                  | 住 所   | 〒<br>高砂市<br><br>電話番号 |      |          |
| 保護者氏名            | 被接種者との続柄 ( )  |                      |      |          |
| 滞在先              | 〒<br>( 様方) 電話番号<br>滞在期間： 年 月 日から 年 月 日まで  |                      |      |          |
| 予防接種の<br>種類      |   |                      |      |          |
| 接種を希望する<br>医療機関  | 名 称：<br>所在地：  |                      |      |          |
| 申請理由             | <ul style="list-style-type: none"> <li>・保護者が妊娠、出産、疾病等により県外に帰省又は居住をしている</li> <li>・被接種者が疾病、障害その他の理由により入院又は入所をしている</li> <li>・かかりつけ医で予防接種を受ける必要がある</li> <li>・その他 ( )</li> </ul> |                      |      |          |
| 依頼書送付先           | <input type="checkbox"/> 滞在先 <input type="checkbox"/> 住民票上の住所   |                      |      |          |

※申請前に、接種する市区町村の担当部署に確認し、該当するものに☑をしてください。

|         |   |
|---------|---|
| 依頼書の宛名  | <input type="checkbox"/> 接種する市区町村長宛て <input type="checkbox"/> 実施医療機関宛て                                |
| 依頼書の提出先 | <input type="checkbox"/> 接種する市区町村担当課へ保護者が提出<br><input type="checkbox"/> 接種する市区町村担当課は通さず、保護者が直接医療機関へ提出 |