

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 接 種 者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏 名			(満 歳 箇月)
	住 所	〒 高砂市 電話番号		
保護者氏名	被接種者との続柄 ()			
滞在先	〒 (様方) 電話番号 滞在期間： 年 月 日から 年 月 日まで			
予防接種の 種類				
接種を希望する 医療機関	名 称： 所在地：			
申請理由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 ・ 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 ・ かかりつけ医で予防接種を受ける必要がある ・ その他 () 			
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 <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