

稲美町定期予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

稲美町長 様

申請者

住 所

被接種者との

氏 名

続 柄 ()

電話番号

下記のとおり他市町村において予防接種を受けたいので実施依頼書の交付を承認願います。

被 接 種 者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏 名			(満 歳 か月)
	住 所	〒 稲美町 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、疾病等により里帰り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 <input type="checkbox"/> その他 ()			

※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