

近江八幡市定期予防接種の県外接種依頼書交付申請書

年 月 日

近江八幡市長 宛

申請者（保護者）氏名

住所

電話番号 ()

近江八幡市定期予防接種の県外接種費用助成要綱第4条の規定により、次のとおり
 予防接種依頼書の交付を申請します。

接種希望者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名		(年齢)	(歳)
本市で予防接種が受けられない理由（該当する項目にチェックしてください。）	<input type="checkbox"/> 出産等のため母子が県外に長期にわたり滞在している場合 <input type="checkbox"/> 両親が離婚協定中等の理由で県外に事実上居住している場合 <input type="checkbox"/> 県外の施設（児童養護施設、医療施設等）に入所している場合 <input type="checkbox"/> 県外の医療機関がかかりつけである場合 <input type="checkbox"/> その他（理由 ）			
接種希望医療機関	名称			
	所在地			
接種予定日		希望する予防接種の種類（接種する予防接種と回数）		
年 月 日		HPV ワクチン（ 回目）		
年 月 日		HPV ワクチン（ 回目）		
年 月 日		HPV ワクチン（ 回目）		
滞在先	住所	(〒 -)		
	電話			
書類の送付先		近江八幡市の住所 ・ 滞在先の住所（ 様方）		