

近江八幡市定期予防接種の県外接種依頼書交付申請書

本人、または、保護者氏名

令和△年 ○月★□日

近江八幡市長 宛

申請者（保護者）氏名 八幡 花子

消えない筆記具で記入ください

住所 近江八幡市中村町 25 番地

電話番号 0748（33）4252

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	はちまん はなこ	生年月日	平成・年・月・日
	氏名	八幡 花子	(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 checked="" type="checkbox"/> その他（理由 県外に下宿しているため ）			
接種希望医療機関	名称	〇〇医院		
	所在地	△△県〇〇市◇◇町 1234		
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）		
令和・年・月・日		HPV ワクチン （1回目）		
令和・年・月・日		HPV ワクチン （2回目）		
令和・年・月・日		HPV ワクチン （3回目）		
滞在先	住所	(〒〇〇〇-△△◇◇) △△県〇〇市□□町 5678		
	電話	〇▽□-◇〇△□-☆□△〇		
書類の送付先		近江八幡市の住所 ・ 滞在先の住所（ 近江 様方）		