

別記様式第1号（第4条関係）

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 印

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 | | | | |
| 年 月 日 | | | | |
| 年 月 日 | | | | |
| 年 月 日 | | | | |
| 年 月 日 | | | | |
| 年 月 日 | | | | |
| 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) | | | |