

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 氏名
(被接種者との関係)
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。

被接種者 (接種希望者)	ふりがな 氏 名		生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)
	住 所	近江八幡市 町		
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。）	☐ 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 ☐ 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 ☐ 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 ☐ 県外の医療機関がかかりつけである場合 ☐ 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				
被接種者の 滞在先	住 所	(〒 -) (様方)		
	電 話			
予防接種依頼書の 送付先		☐ 被接種者の市内住所 ☐ 被接種者の滞在先住所 ☐ その他（送付先を記入ください） (〒 -) (様方)		