

近江八幡市定期予防接種の県外接種依頼書交付申請書

令和△年○月☆□日

近江八幡市長 宛

消えない筆記具で記入ください。

申請者 氏名 八幡 太郎
(被接種者との関係 息子)
住所 △△県○○市□□町 123
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	はちまん はなこ 八幡 花子	生年月日 (年齢)	昭和△年◎月□日 (8 0 歳)
	住 所	近江八幡市 中村 町 2 5 番地		
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	○○医院		
	所在地	△△県○○市◇◇町 456		
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		高齢者インフルエンザ		
令和△年 ◇月 ☆日		高齢者新型コロナウイルス感染症		
年 月 日				
年 月 日				
年 月 日				
被接種者の 滞在先	住 所	(〒○○○－△△◇◇) △△県○○市□□町 789 ◎◎施設 (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） (〒○○○－△△○○) △△県○○市□□町 123 (八幡 太郎 様方)		