

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

成人の場合は、本人氏名

近江八幡市長 宛

申請者（保護者）氏名 八幡太郎

住所 近江八幡市中村町25番地

消えない筆記具で記入ください。

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 たろう	生年月日	昭和△年◎月□日
	氏名	八幡太郎	(年齢)	(80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 checked="" 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	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	高齢者インフルエンザ			
年 月 日				
年 月 日				
年 月 日				
年 月 日				
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（◎◎施設△方）			