

定期予防接種依頼書発行申請書

令和 〇年 〇月 〇日

みよし市長 様

保護者様

申請者

住 所 みよし市〇〇町〇〇×番地×

氏 名 三好 花

(被接種者との続柄 母)

電 話 XXX-XXXX-XXXX

下記のとおり、みよし市及び豊田市以外で定期予防接種を受けたいので申請します。

記

同伴なしご希望の場合はその旨ご記入ください。

1 予防接種の種類・回数

日本脳炎第1期特例(追加)、日本脳炎第2期特例 (保護者同伴なし希望)

2 被接種者

(フリガナ) ミヨシ ハナコ

予防接種を受けられる方

氏 名 三好 はなこ

住 所 みよし市〇〇町〇〇×番地×

生年月日 平成・令和 〇年 〇月 〇日生

性別 (男) ・ 女

3 申請理由

該当する番号に○

- (1) 里帰り出産により、みよし市及び豊田市以外に滞在しているため
(2) 家庭内暴力等により、みよし市及び豊田市以外に滞在しているため
(3) 長期入院治療しているため
(4) その他 ()

4 接種依頼医療機関

医療機関名 〇〇〇クリニック

電話番号 XXXX-XX-XXXX

〒XXXX-XXXX

所在地 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇×番地×

5 滞在先及び滞在予定期間

滞在先

世帯主名 〇〇〇 〇〇

電話番号 XXXX-XX-XXXX

〒XXXX-XXXX

住 所 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇×番地×

滞在予定期間

令和 〇年 〇月 〇日 から

令和 〇年 〇月 〇日 まで

※最長の滞在予定期間をご記入ください