様式第２号（第３条関係）

高齢者用定期予防接種依頼書発行申請書

令和　○　年　○　月　○　日

みよし市長　様

申請者

住　所　みよし市○○町○○×番地

氏　名　三好　　花子

（本人との関係　　本人　　　　）

電　話　XXXX-XX-XXXX

下記のとおり、定期予防接種を受けたいので申請します。

記

1　予防接種の種類・回数

○○○ワクチン　　１回目、（２回目）

2　被接種者

（フリガナ）

氏　　名　三好　　花子

住　　所　みよし市○○町○○×番地

生年月日　昭和　○　年　○　月　○　日生　　性別　男　・　女（○）

3　申請理由　該当の番号に○、または理由を記入

（1）長期入院中のため

（2）長期入所中のため

（3）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

4　接種依頼医療機関・施設

医療機関名・施設名　○○病院　　電話番号　XXXX-XX-XXXX

〒×××－××××

所在地　○○県○○市○○町○○　××番×号

5　滞在先

滞在先

医療機関名・施設名・世帯主名　○○　○○　　電話番号　XXXX-XX-XXXX

〒×××－××××

住　所　○○県○○市○○町○○　××番×号

滞在予定期間

○　年　○　月　○　日　から　未定　年　月　日まで