

予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

光市長 様

申請者（被接種者又は保護者）

住 所

氏 名

連絡先 （ ） ー

光市予防接種費補助金交付要綱第 4 条第 1 項の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。
 なお、この申請に当たり、被接種者及び保護者の住所確認のため市が住民基本台帳の確認をすることに同意します。

被接種者	ふ り が な		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	住民票の住所	光市		
	滞 在 先 住 所	〒 (様方)		
	滞在予定期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
保護者氏名 (被接種者が未成年等の場合記入)				
やむを得ず市が指定する 医療機関以外で 接種を希望する理由				
希望する予防接種				
接種を 希望する 市区町村 又は 医療機関	市区町村又は 医療機関名			
	所在地			
	電話番号			
依頼書の宛名・送付先		【宛名】 ※必ず滞在先の自治体に確認してから記入してください。 <input type="checkbox"/> 市区町村長 <input type="checkbox"/> 接種医療機関名 【送付先】 <input type="checkbox"/> 住民票の住所 <input type="checkbox"/> 滞在先の住所 <input type="checkbox"/> その他 ()		
意思確認・代筆者 ※申請者本人が自署 できない場合のみ		代筆した場合、申請者に予防接種の意思を確認のうえ□に✓をし、 代筆者氏名と申請者から見た続柄を記入してください。 <input type="checkbox"/> 申請者が予防接種を希望していることを確認した。 代筆者住所 代筆者氏名 続柄		