様式第１号（第４条関係）

記入例

# 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　　光市光井二丁目２－１

氏　名　　光　花子

連絡先　（＊＊＊）－＊＊＊＊－＊＊＊＊

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 | ひかり　たろう | 生年月日 | 和暦〇年　〇月　〇日 |
| | 氏名 | 光　太郎 | | |
| | 住民票の住所 | 光市　光井〇丁目〇番〇号 | | |
| | 滞在先住所 | 〒〇〇〇－〇〇〇〇<br>〇〇県〇〇市〇丁目〇番〇号〇〇アパート〇号室（山　梅子　様方） | | |
| | 滞在予定期間 | 令和〇年　〇月　〇日　～　令和〇年　〇月　〇日 | | |
| 保護者氏名（被接種者が未成年等の場合記入） | | 光　花子 | | |
| 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 | | 例：里帰りのため、学業のため | | |
| 希望する予防接種 | | 例：五種混合、麻しん・風しん、日本脳炎 | | |
| 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 | 〇〇病院、〇〇クリニック | | |
| | 所在地 | 〇〇県〇〇市〇丁目〇番〇号 | | |
| | 電話番号 | ００－＊＊＊＊－＊＊＊＊ | | |
| 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。<br>□市区町村長　　□接種医療機関名<br>【送付先】<br>□住民票の住所　　□滞在先の住所<br>□その他（　　） | | |
| 意思確認・代筆者<br>※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。<br>□申請者が予防接種を希望していることを確認した。<br>代筆者住所<br>代筆者氏名　　続柄 | | |

接種する予定の予防接種の種類をすべて記入