

(様式1)

あわら市特例予防接種実施依頼申請書

年 月 日

あわら市長様

住所 あわら市

申請者氏名

印(続柄)

電話

予防接種法に定める定期接種を市の委託医療機関で受けるのが困難なため、下記のとおり申請します。

被接種者氏名	(男・女)	
	生年月日	年 月 日 (歳 か月)
被接種者住所	あわら市	
保護者氏名		
予防接種の種類		
希望する理由		
	里帰りの場合は滞在期間	年 月 日～ 年 月 日
接種を受ける 医療機関	医療機関名	
	住 所 〒	
	電話番号	
滞在先住所 (住所地以外の場合 のみ)	〒	
	住所	
	宛名	
	電話	

※ 医師意見書に伴う負担金、予防接種前の検査料等は個人負担となります。

※ 「特例予防接種決定通知」がお手元に届いてから、接種を受けてください。

※ 接種後、「特例予防接種費用支給申請書兼請求書」等を提出してください。