様式第１号

　　年　　月　　日

稲　城　市　長　殿

申請者住所

被接種者との関係

稲城市予防接種依頼書交付申請書

下記のとおり、市外の医療機関で予防接種を受けるための予防接種依頼書の交付を申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 予防接種の種類 | 予防接種予定期間： 　年　月　日から　　　　年　月　日まで |
| 予防接種対象者  (予防接種を受ける人) | 男・女　　　年　　月　　日生（満　　歳　　か月） |
| 住所 | 稲城市  　　　　　　　　　　　　　　　　電話（　　）　　　－ |
| 滞在先住所  ※滞在する場合のみ記入 | （〒　　　　　　　　　）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　様方）  　滞在期間： 　年　月　日から　　　　年　月　日まで  電話（　　）　　　－ |
| 予防接種を受ける医療機関 | 医療機関名：　　　　　　　　　　電話（　　）　　　－  所在地： |
| 理由  ※１～４のいずれか1つに〇を付け、()内に詳細を記入 | １．医学的な理由　（　　　　　　　　　　　　　　　　）  ２．他市町村滞在　（　　　　　　　　　　　　　　　　）  ３．施設入所等　（　　　　　　　　　　　　　　　　）  ４．その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 市　記　入　欄 | 依頼先市区町村名（　　　　　）　費用負担　　有　・　無  備考（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

この申請書は各出張所等ではお預かりできません。

保健センターに提出してください。