

下松市長 様

申請者（被接種者又は保護者）

住 所

氏 名

連絡先（ ） ー

予防接種実施依頼書交付申請書

下松市予防接種費用償還払い実施要綱第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に市が住民基本台帳を確認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	下松市		
	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				
予診票の送付		必要 ・ 不要		
接種を希望する医療機関	医療機関名			
	所在地			
	電話番号			
依頼書の宛名・送付先		必ず滞在先の自治体に確認してから記入してください。 【宛名】 <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 ※被接種者本人が自署できない場合のみ		代筆した場合、被接種者に予防接種の意思を確認の上、□に✓をし、代筆者住所、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記入してください。 <input type="checkbox"/> 被接種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		