

千早赤阪村予防接種依頼書交付申請書

千早赤阪村長 様

令和 年 月 日

申請者（保護者・代理人）

氏名	続柄
住所	
電話番号	— —

千早赤阪村の指定する医療機関で予防接種を受けることができないため、予防接種実施依頼書の交付をお願いします。

記

1. 被接種者

ふりがな 氏 名		性別	男 ・ 女
住 所			
生年月日	年 月 日（満 歳 か月）		

2. 接種を希望する予防接種の種類と接種区分

予防接種の種類	接種区分(回数)
☐ インフルエンザ	
☐ 新型コロナウイルス感染症	

3. 指定医療機関で接種を受けられない理由

1. 保護者の里帰り出産等のために、村外に滞在しているため
2. 村外の施設に入所又は医療機関に入院しているため
3. 先天性疾患、慢性疾患又は難病等の事情により、かかりつけ医での接種を行うため
4. その他(具体的に)

4. 接種医療機関等

名称	所在地
	電話番号()

5. 滞在地（上記被接種者の住所と異なる場合）

名称	所在地
滞在中連絡のつく、被接種者又は申請者の電話番号()	
滞在予定期間	年 月 日まで ・ 未定

種別
償還 ・ 申し合わせ

受付日	年 月 日
受付担当者	
受付番号	