千早赤阪村長 様

千早赤阪村予防接種依頼書交付申請書

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、予防接種実施的製造を受けることができないため、予防接種実施的製造を受けることができないため、予防接種実施的製造を受けることができないため、予防接種実施的製造を受けることができないため、予防接種実施的製造を受けることができないため、予防接種の種類と接種区分 「生年月日 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」を接種区分 「予防接種の種類」を接種区分 「予防接種の種類」を接種区分 「お型コロナウイルス感染症」 「新型コロナウイルス感染症」 「新型コロナウイルス感染症」 「新型コロナウイルス感染症」 「新型コロナウイルス感染症」 「特別を変更しているため」を経過を行うため、1、特別を認定の表に、対外に滞在しているため。 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、1、その他(具体的に)を変し、かかりつけ医での接種を行うため、1、接種医療機関等 名称 所在地電話番号() 「お存む性(上記被接種者の住所と異なる場合) 「お存む性)」に対していることができないため、予防接種である。 「お存む性)」に対していることができないため、「対している」とは、「は、いる、「は、いる、いる、いる、いる、「は、いる、いる、いる、いる、いる、いる、いる、いる、いる、いる、いる、いる、いる、				E	申請者(保護者	・代理人	.)			
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、予防接種実施的類書の交付をお願いします。 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 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.その他良体的に) 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 電話番号)			氏名 続相						万		
					住所						
記					電話	番号				_	
1. 被接種者				関で予	防接種を	·受ける	ことがて	できない	ため、	予防:	接種実施依
性別 男・女 住所					記						
氏名 住所 男・女 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 接種区分(回数) 一 インフルエンザ 一 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。 土井外の施設に入所又は医療機関に入院しているため。 2. 村外の施設に入所又は医療機関に入院しているため。 土 大学性疾患、慢性疾患又は腫病等の事情により、かかりつけ医での接種を行うため。 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 所在地電話番号() 第正中連絡のつく、被接種者又は申請者の電話番号())	T T	z. 1									
任 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 → 下防接種の種類 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()								性別	- 男	•	女
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、対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 常在中連絡のつく、被接種者又は申請者の電話番号()								1	1		
→ 下防接種の種類 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. 保護者の単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 常話番号()	生年月日					年	月	日	(満	歳	か月)
→ 下防接種の種類 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. 保護者の単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 常話番号()	2.接種を希	 ・望する予防	接種の	種類とお	妾種区分						
□ 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()											
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()	□ インフ	'ルエンザ									
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 2. 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()	□ 新型□	ロナウイル	レス感染	於症							
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 2. 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()	3 指定医痛	を機関で接種	を受け	られなし	八理由						
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 所在地電話番号(方. 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()	1. 保護者の	里帰り出産等の	りために、	村外に済	帯在してレ						
4. その他(具体的に)) 4. 接種医療機関等 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 常在中連絡のつく、被接種者又は申請者の電話番号())	· ·						・医るのは	ほかにこ	た み		
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()			人 (よ 実正)内 ≒	テク争情(こより、カ	1/11/19/2011	医じの接	[性を1] 7	ため)
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()											·
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()		(機関等									
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()	SHAN.					 ()
滞在中連絡のつく、被接種者又は申請者の電話番号()		(上記被接種	者の住	所と異れ		1)					
	名称				所在地						
滞在予定期間 年 月 日まで ・ 未定		滞在	E中連絡の	のつく、袖	波接種者又	(は申請者	の電話番	:号()
	滞在予定期間	左	F	月	日まて	· •	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			

令和 年 月日