

指定外機関予防接種申出書

令和 年 月 日

あて先 高浜市長

申出者 住 所：高浜市 町 丁目 番地

氏 名：

電話番号：

下記のとおり指定外機関予防接種を申出ます。

記

フリガナ 対象者氏名		フリガナ 保護者氏名	
住 所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ 高浜市 町 丁目 番地	電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ
生年月日	平成・令和 年 月 日 (歳 か月)	性 別	男 ・ 女
対象者区分	1. 住民登録している市町村以外の市町村にかかりつけ医がいる方 2. 長期に入院治療を要し、住民登録している市町村で予防接種を受けることが困難な方 3. 里帰り出産、家庭内暴力等のため、住民登録している市町村以外での予防接種を希望する方 4. その他市町村長が対象者と認めた方 ※滞在先連絡先 住所 〒 _____ _____ _____ 様方 電話番号 _____ 滞在期間 令和 年 月 から 令和 年 月 まで		
希望市町村 又は 医療機関	市町村名 _____ 都・道・府・県 _____ 市・町・村 _____ 医療機関名 _____ 医療機関住所 〒 _____ 電話番号 _____		
希望する 予防接種	_____ _____ _____ _____		

個人番号 (_____) 依頼書送付日 (_____ 年 _____ 月 _____ 日) 担当者 (_____)