第１号様式（第３条関係）

令和 8年 10月 1日

武蔵野市長　殿

申請者　住所　武蔵野市緑町２－２－２８
氏名　健康　次郎

予防接種実施依頼書交付申請書

次のとおり武蔵野市外の医療機関における予防接種を希望しますので、武蔵野市予防接種費の償還払に関する要綱第３条第１項の規定により、予防接種実施依頼書の交付について申請します。なお、予防接種を受ける医療機関が所在する市区町村の長の承認を得ています。

また、償還払による助成を受けるために必要な範囲内において、この申請書に記載した事項について、予防接種実施依頼書の送付先に情報提供することについて同意します。

ふりがな	けんこう　たろう
被接種者氏名	健康　太郎
生年月日及び年齢	昭和　22年　1月　1日（　75歳　　か月）
住所	〒180-0001 武蔵野市吉祥寺北町４－８－１０ 電話番号　0422　（　51　）　0700　　住登確認
保護者氏名	成人の方は記入不要です
滞在先の住所	〒123-4567 ○○県○○市1-2-3　　（　　様方） 電話番号　0123　（　45　）　6789
接種を希望する市区町村及び医療機関	○○県○○市 （医療機関の名称　○○医院　　）
依頼書の送付先 注　該当するものに○をしてください。	1　武蔵野市の住所 (2)　滞在先 3　その他（　　）
依頼書の宛名 注　該当するものに○をしてください。	(1)　指定外医療機関の院長 2　指定外医療機関が所在する市区町村の長 3　その他（　　）
市外の医療機関における予防接種を希望する理由 注　該当するものに○をしてください。	1　里帰り出産 2　市外の医療機関に入院又は通院 (3)　市外の児童養護施設、老人福祉施設等に入所 4　その他（　　）
予防接種の種類 注　該当するものに○をしてください。	1　高齢者肺炎球菌 2　高齢者帯状疱疹ワクチン（接種期間：4/1～3/31） (3)　高齢者インフルエンザ（接種期間：10/1～1/31） 4　高齢者新型コロナウイルスワクチン接種（接種期間：10/1～3/31）

備考　予防接種を受けた者が未成年者の場合にあっては、母子健康手帳の予防接種の記録が確認できる部分の写しを添付してください。