

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 21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		住登確認
電話番号	0422 (51) 0700		
保護者氏名	成人の方は記入不要です		
滞 在 先 の 住 所	〒 123-4567		
	〇〇県〇〇市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	〇〇県〇〇市 (医療機関の名称 〇〇医院)		
依頼書の送付先	<input type="checkbox"/> 1 武蔵野市の住所 <input checked="" type="checkbox"/> 2 滞在先 <input type="checkbox"/> 3 その他 ()		
注 該当するものに○を してください。			
依頼書の宛名	<input type="checkbox"/> 1 指定外医療機関の院長 <input checked="" type="checkbox"/> 2 指定外医療機関が所在する市区町村の長 <input type="checkbox"/> 3 その他 ()		
注 該当するものに○を してください。			
市外の医療機関における 予防接種を希望する理由	<input type="checkbox"/> 1 里帰り出産 <input type="checkbox"/> 2 市外の医療機関に入院又は通院 <input checked="" type="checkbox"/> 3 市外の児童養護施設、老人福祉施設等に入所 <input type="checkbox"/> 4 その他 ()		
注 該当するものに○を してください。			
予 防 接 種 の 種 類	1 高齢者肺炎球菌		
注 該当するものに○を してください。	<input checked="" type="checkbox"/> 2 高齢者インフルエンザ (接種期間：10/1～1/31)		

備考 予防接種を受けた者が未成年者の場合にあつては、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。