

調布市長 宛

申請者 住所
氏名
電話番号
被接種者との続柄

調布市定期予防接種実施依頼書交付申請書
(高齢者等に対する予防接種)

指定外医療機関で定期予防接種を受けたいため、下記のとおり調布市定期予防接種実施依頼書の交付を申請します。

記

| | | | | |
|----------------------------|---------------------|------------------------------------|----|-----|
| 被 接 種 者 | 住所 | 〒 | | |
| | ふりがな | | 電話 | () |
| | 氏名 | | 番号 | |
| | 生年月日 | 年 月 日 (歳) | | |
| 滞 在 先 | 名称 | | | |
| | 住所 | 〒 | | |
| | 電話 | | | |
| 滞在先の自治体からの予防接種費用助成の有無 | | 1 助成有 ・ 2 助成無 | | |
| 実 施 医 療 機 関 | 名称 | | | |
| | 住所 | 〒 | | |
| | 電話 | | | |
| | 滞在先の自治体の指定する指定医療機関か | 1 指定医療機関 ・ 2 指定外医療機関 | | |
| 希望理由 | | 1 医療機関に入院 ・ 2 施設に入所 ・ 3 その他 () | | |
| 予防接種の種類 | | インフルエンザワクチン ・ 肺炎球菌ワクチン | | |
| 依頼書の宛名 | | 1 市区町村長 ・ 2 予防接種医 | | |
| 送付先 | | 1 調布市の住民登録地 ・ 2 滞在先 ・ 3 その他 () | | |
| その他 | | | | |

※ 依頼する自治体により接種料金が必要な場合があります。