

記入例

令和〇年〇月〇日

調布市長 宛

申請者 住所 **調布市小島町2-33-1**
 氏名 **調布 花美**
 電話番号 **042-441-6081**
 被接種者との続柄 **本人**

接種を受ける方が16歳以上で保護者の同伴がない場合は、接種を受ける本人のお名前をご記入ください。下記「申請者氏名」も同様です。

接種実施依頼書交付申請書

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
＝接種を受ける方

被接種者	住所	〒 182-0026 調布市小島町2-33-1			
	ふりがな	ちょうふ はなみ	男・女	生年月日	平成〇〇年4月1日 (20歳2か月)
	氏名	調布 花美	女		
	申請者氏名 (保護者)	同上	電話番号	042(441)6081	
	滞在先住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3 〇〇様方			
	実施医療機関名 (所在地)	〇〇クリニック (〇〇 区・ 市 ・町・村)			
	予防接種の種類 期・回数	HPV (キャッチアップ) 2回目・3回目			
	希望理由	〇〇県の大学に在学中のため			
	その他				

依頼書は滞在先に郵送します。「様方」の部分まで正確にご記入ください

接種する指定外（市外）医療機関を記入します。
※事前に接種が可能か医療機関に確認してください。

上記の医療機関で受ける理由をご記入ください。

上記の医療機関で受ける予防接種の種類と回数をご記入ください。
※令和4年4月1日から令和7年3月31日までにHPVワクチンを1回以上接種した方のみ助成対象です。