千曲市予防接種実施依頼書交付申請書

年　　月　　日

（宛先）千曲市長

　千曲市定期予防接種費償還払に関する要綱第４条の規定により、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ氏　名 |  | 接種を受ける者との続柄 |  |
| 住　所 | 〒　　　　　　　千曲市 |
| 電話番号 |  |

※申請できるのは接種を受ける本人、又はその保護者に限ります。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被接種者（予防接種を受ける者） | フリガナ氏　名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日生 | 性別 |  |
| 保護者氏名 | （被接種者との関係） |
| 千曲市の住所及び連絡先 | 〒　　　　　　　千曲市 |
| 電話 |
| 滞在先の住所及び連絡先 | 〒 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話 |
| 実施医療機関 | 医療機関名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 　　　　　　　　　　　　　　電話 |
| 申請理由（該当する番号に〇） | （１）保護者の里帰り出産等の理由で、市外に長期間居住するため（２）市外の施設に入所・入院しているため（３）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 希望する予防接種の種類・回数 |  |
| 依頼書の交付先 | ☐申請者住所　　☐滞在先住所　　☐その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

※添付書類

母子健康手帳の写し（出生届出済証明と予防接種記録のページ）

申請者の本人確認書類（運転免許証、マイナンバーカード等）の写し