

予防接種他市依頼申請書 (見本)

2022年 7月 7日

岬町長様

(申請者) 住所 岬町多奈川谷川 2424-3

氏名 岬 花子

被接種者との続柄 (本人)

電話 072-492-2424

岬町予防接種助成事業実施要綱の規定により下記のとおり依頼状の発行を申請します。

なお、申請にあたって、次のことに同意します。

- ・世帯にかかる住民基本台帳を閲覧すること
- ・世帯にかかる住民税の課税状況を閲覧すること (高齢者インフルエンザ・高齢者肺炎球菌)

(被接種者)

ふりがな	みさき はなこ		生年月日
氏名	岬 花子	男 <input type="checkbox"/> 女 <input checked="" type="checkbox"/>	2002 年 5 月 0 日 (20) 歳
住所	①.申請者と同じ 2.申請者と異なるとき 岬町		
予防接種名	子宮頸がん予防ワクチン 1・2・3回		
依頼先	●●医院	市町村長 病院長 施設長	
申請理由	1. 入院中 2. 入所中 ③. 特別な理由 (かかりつけ医) により 岬町指定医療機関でも接種ができないため		
滞在先	自宅	住所 :	電話番号
	<input checked="" type="checkbox"/> 通院	施設名 :	
入院 入所	住所 :	和歌山市〇△1-2	電話番号 073-000-△△△
依頼状受取 希望方法	①. 窓口渡し 2. 郵送 (必ず、84円切手を貼付の上、宛先記入済の封筒を提出してください。)		

※ 被接種者本人と同一世帯以外の方が申請する場合には、委任状が必要となります。

【保健センター記入欄】

申請受取		依頼状送付	年 月 日 ()
住基確認	<input type="checkbox"/> 済 ()	本人確認書類	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 他 ()
課税状況	<input type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> 生保