予防接種他市依頼申請書

年　　月　　日

岬　町　長　様

（申請者）住所

氏名

被接種者との続柄　（　　　　　）

電話

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・新型コロナウイルス感染症・帯状疱疹定期予防接種）

（被接種者）

ふりがな			男 女	生年月日	
氏名				年　月　日 （　　）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					
依頼先	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（　　　　）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	
	通院 入院 入所	施設名：			
		住所： 〒		電話番号	
依頼状受取希望方法	1．窓口渡し 2．郵送　（必ず、110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	□済（　　　）	本人確認書類	□保険証等　□運転免許証□他(　　　)
課税状況	□課税　□非課税　□生保		