様式第１号（第３条関係）

予防接種実施依頼書交付申請書

　年　　　月　　　日

大野市長　様

＜申請者＞

住所

連絡先

被接種者との続柄

下記のとおり、福井県外で予防接種を受けたいので、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

また、この申請内容を審査するために、市が被接種者の住民登録情報を確認することに同意します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （フリガナ）  被接種者氏名 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 住　　　所 | □申請者と  同じ | 〒　　　－  大野市  （℡　 　 　　　　　　） | | |
| 滞在先住所 | 〒　　　－  （　　　　様方）（℡　 　　　　　　　　） | | | |
| 申 請 理 由 | １．里帰り出産  ２．県外の医療機関に入院  ３．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 接種を希望する  医療機関 | 医療機関名：  所在地：〒　　　－  （℡　　 　　　　　　　） | | | |
| 予防接種の種類 |  | | | |
| 依頼書送付先 | １．大野市住所  ２．県外の滞在先住所 | | | |