

記入例

県・還付

予 防 接 種 申 出 書

令和 〇年 〇月 〇〇日

刈 谷 市 長

〒448-0858

申請者 住 所 刈谷市若松町 3-8-2

ふりがな かりや はなこ
氏 名 刈谷 花子

被接種者との続柄 (妻)

日中の連絡先 (090) 〇〇〇〇-〇〇〇〇

下記の理由により、予防接種を市外の医療機関等で接種したいので、申請します。
記

被 接 種 者	ふりがな	とうよう たろう
	氏 名	東陽 太郎
	生 年 月 日	昭和 〇〇年 〇月 〇〇日
	住 所	☐ 申請者と同じ ☒ 刈谷市 (東陽町 1 丁目 1 番地)
予防接種名		風しん (第5期)
理 由 ※該当するものに 印をつけてください。		☐ 1. 刈谷市外のかかりつけ医 (往診医) での接種が必要なため ☒ 2. 入院・入所中で刈谷市の指定医療機関で接種ができないため 滞在先 ┌ 病院・施設名: 介護老人保健施設〇〇 ├ 住所: 〒〇〇〇-〇〇〇〇 │ 〇〇市〇〇町〇丁目〇番地〇 └ 電話: (〇〇〇〇) 〇〇-〇〇〇〇 ☐ 3. その他 ()
接種予定医療機関 ※正式名称を必ず ご記入ください		医療機関名: △△病院 住所: 〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町△丁目△番地△ 電話: (〇〇〇〇) △△-△△△△
予診票の送付先		☒ 滞在先 (入院・入所施設) に送付 ☐ 申請者に送付 ☐ その他 [送付先: 〒 - 電話: 宛先名:]

※施設入所中の場合は接種医が
所属する医療機関名を必ず記入
してください。
※滞在先の医師または施設長が
接種する場合は「同上」でも可。

.....《保健センター記入欄》.....

広域予防接種事業の協力医療機関: ☐該当 / ☐非該当依頼方法: ☐県広域 / ☐還付 → 還付書類発送日: _____

電話受付者 () 申請書受付者 () 作成者 (/) 発行日 (/)