

A類：RSウイルス

課長	課長代理	係長	担当

受付No. _____

交野市定期予防接種依頼書交付申請書

交野市長 様

下記理由により、交野市契約医療機関以外での接種を希望します。つきましては、予防接種法に基づく定期予防接種依頼書の発行を申請します。

年 月 日

ふりがな			
接種者氏名			
生年月日・年齢	昭和・平成 年 月 日 (歳)		
住所・電話番号 (住民登録のあるところ)	〒 交野市 Tel () -		
予防接種名	RSウイルス予防接種	出産予定日	令和 年 月 日
接種先医療機関名			
接種先医療機関住所 電話番号	Tel () -		
理由	ア. かかりつけ医での接種を希望 イ. 里帰り等で他市に長期滞在中またはその予定 ウ. 入院中 エ. その他 ()		
滞在先住所・電話番号 (市外に滞在している 場合のみ記入)	〒 - () 様方 Tel () -		
依頼書送付先	交野市の自宅 ・ 里帰り先 ・ その他 ()		

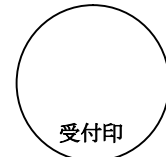
代理申請の場合、以下もご記入ください。

代理者： _____

〒
住所： _____

電話番号： _____

被接種者との続柄： _____



依頼書宛先名	
市町村長 宛	病院長 宛

予診票送付	
要	不要

償還払い上限金額の説明

[受付者]