市外
（広域以外）

予　防　接　種　依　頼　申　請　書

令和　　年　　月　　日

（宛先）岡　崎　市　長

申請者（被接種者との続柄：　　）
（〒　　－　　）
住　所

氏　名　※署名してください。

電　話

おたふくかぜ予防接種を岡崎市外で受けたいので実施依頼をしてください。

被　接　種　者	住 所	□ 申請者と同じ（□に☑） 岡崎市	
	ふりがな 氏 名		生年月日
			□平成 □令和 年　月　日
保　護　者	住 所	□ 申請者と同じ（□に☑）	
	ふりがな 氏 名		
接種予定医療機関名 （住　所）		〒　　－	
岡崎市外で接種を希望する理由および滞在期間 1～5のいずれかに○をつけてください		1．かかりつけ医　　2．長期入院治療 3．里帰り（出産・その他）　　4．家庭内暴力 5．その他（　　） 滞在期間（予定） 令和　　年　　月　　日 ～ 令和　　年　　月　　日	
滞　在　先 滞在先世帯主の氏名（電話）		（〒　　－　　） 様方　（電話　　）	□ 被接種者住所と同じ（□に☑）
書　類　郵　送　先 ご希望の郵送先等に○を付けてください		申請者住所 ・ 被接種者住所 ・ 滞在先住所 ・ 窓口交付	

＊　母子健康手帳の出生届出済証明及び予防接種の記録（全て空欄の場合を含む）のコピーを添付して下さい。