

予 防 接 種 依 頼 申 請 書

市外
(広域以外)

(宛先) 岡 崎 市 長

令和 年 月 日

申請者（被接種者との続柄：

（〒 ー ）

住 所

※署名して

氏 名

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（ ☒ ） 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（ ☒ ）	
	ふりがな 氏 名		
接種予定医療機関名 (住 所)		〔 〒 ー 〕	
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）		（〒 ー ）	☐ 被接種者住所と同じ（ ☒ ） 様方 （電話 ）
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	
添 付 書 類 添付後、右の□に ☑を入れてください。 添付書類に不備がある場合 受理できません。		☐ 母子健康手帳「出生届出済証明」のページのコピー ☐ 母子健康手帳「予防接種の記録」のページのコピー ・すべて空欄のページも必ずコピーして添付してください。 ・予防接種カード（海外様式）のコピーでも可 ☐ インフルエンザ以外の接種済証（ 有 ・ 無 ） ・有の場合は接種済証のコピーを添付してください。	
ご 注 意 事 項 必ずお読みいただき、ご理解いただけましたら□に☑を入れてください。		☐ 接種費用の払い戻し申請は、 <u>接種日の翌月末まで</u> に間に合うようにその都度「岡崎市外予防接種費交付申請書」をご提出ください。	