

帯状疱疹ワクチン予防接種依頼申請書

令和 年 月 日

苦 小 牧 市 長 様

(住民票上の住所をご記入ください。)

(申請者) 住所 : 苦小牧市

氏名 :

(代筆の場合、代筆者氏名/続柄: _____ / _____)

下記の理由により、苦小牧市で予防接種を受けることができませんので依頼書の発行をお願いいたします。

また、接種費用は公費助成対象外となり、全額自己負担で行うことについて、了承しています。

被接種者	住 所	(住民票上の住所をご記入ください。) 苦小牧市		
	フリガナ		性別	
	氏 名			
	生年月日		年齢	
滞在先	郵便番号			
	所 在 地			
	名 称			
依頼する市町村				
予防接種する医療機関				
予防接種名		帯状疱疹ワクチン		
理由 (該当箇所に○)		(1) 施設入所中につき、苦小牧市内の医療機関受診が困難なため (2) 医療機関入院中につき、苦小牧市内の医療機関受診が困難なため (3) その他 ()		
依頼書送付先 (該当箇所に○)		(1) 申請者の住民票の住所 (2) 滞在先の住所 (3) その他【〒 - (様方) 】		